

B.7

Riitta Räsänen

UUDENMAAN JA ITÄ-UUDENMAAN KUNTIEN HYVINVOINTIPALVELUIDEN OSTOPALVELUKÄYTÄNNÖT



**Laurea-ammattikorkeakoulun julkaisusarja
B•7**

Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntien hyvinvointipalveluiden ostopalvelukäytännöt

Riitta Räsänen

2005 Vantaa

Copyright © tekijä
ja Laurea-ammattikorkeakoulu

ISSN 1458-7238
ISBN 951-799-077-4

Edita Prima Oy, Helsinki 2005

Sisällys

Esipuhe	5
1 JOHDANTO	7
2 TUTKIMUSONGELMA JA AIHEEN RAJAUS	9
3 HANKINTATOIMI JULKISELLA SEKTORILLA	10
3.1 Kunnan velvoitteet	10
3.2 Kilpailuttamisvelvoite	11
3.3 Julkisen hankinnan yleismääritelmä	13
3.4 Hankintoihin liittyviä käsitteitä ja määritelmiä	14
3.5 Yleiset hankintaperiaatteet	15
3.6 Hankintamuodot	15
3.7 Hankintayksiköt	16
3.8 Hankintaprosessi	17
3.9 Ostopalvelusopimus	18
3.10 Palveluseteli	18
4 KILPAILUTUKSEN LAINSÄÄDÄNTÖ	20
4.1 Laki julkisista hankinnoista	20
4.2 Julkisten hankintojen direktiivejä uudistettu	21
5 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JULKINEN RAHOITUS	22
5.1 Valtio sosiaali- ja terveystoimen julkisena rahoittajana	24
5.2 Kansaneläkelaitos sosiaali- ja terveystoimen julkisena rahoittajana	24
5.3 Raha-automaattiyhdistys sosiaali- ja terveystoimen julkisena rahoittajana	25
6 OSTOPALVELUT ja kilpailutus 1990-Luvulla	27
6.1 Tilaaja-tuottaja -malli	27
6.2 Kuntien ostopalvelut	27
6.3 Kuntien ostopalveluhankintojen kilpailutus	32

7	OSTOPALVELUT JA KILPAILUTUS 2000-LUVULLA	35
7.1	Tutkimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluista	37
7.2	Tutkimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluiden kilpailutuksesta	45
8	PILOTTIPROJEKTI	52
8.1	Tausta	52
8.2	Toteutus	52
8.3	Tuloksia	52
9	KYSELYN TOTEUTUS JA TULOKSET	54
9.1	Kohderyhmä ja menetelmä	54
9.2	Palveluiden ostot	55
9.3	Palveluiden kilpailuttaminen	56
9.3.1	Sosiaalipalveluiden kilpailuttaminen	57
9.3.2	Terveyspalveluiden kilpailuttaminen	60
9.3.3	Muiden hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen	62
9.4	Tuloksien yhteenvetoa	63
10	YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	66
	LÄHTEET	69
	LIITTEET	

Esipuhe

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kerätä tietoa Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntien hyvinvointipalveluiden ostamisesta yksityis sektorilta sekä palveluiden kilpailuttamisen tämän hetken tilanteesta. Opinnäytetyö on jatkoa pilottiprojektille, joka tehtiin Hyve-verkkopalvelulle keräämällä kevään ja kesän 2003 aikana kyselyn avulla tietoa Helsingin ja Keravan hyvinvointipalveluiden ostamisen ja niiden kilpailuttamiseen liittyvistä käytännöistä.

Projektin toteutuksen osana käydään läpi myös kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluprosessin kehittymistä ja kilpailutusta julkisten hankintojen lain voimaan tulosta 1990-luvun alusta 2000-luvulle. Tämän lisäksi on käsitelty julkisen sektorin hankintatoimea sekä kilpailuttamiseen liittyvää lainsäädäntöä.

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, joka postitettiin sosiaali- ja terveystalveluista vastaaville viranhaltijoille kaikkiin Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntiin, lukuun ottamatta pilottiprojektissa mukana olleita kuntia Helsinkiä ja Keravaa. Pilottiprojektista saatujen tietojen ja Laurean Hyve- ohjausryhmältä saatujen asiantuntijapalautteen pohjalta laadittua kyselylomaketta käytettiin kyselyssä tietojen keräämiseen. Lomaketta on tarkoitus myös käyttää jatkossa kuntakohtaisen tiedon jakamiseen Hyve- verkkopalvelun Internet-sivuille.

Tutkimuksen tuloksena selvisi, että hyvinvointipalveluiden ostaminen ja kilpailuttaminen yksityis sektorilta ei ole Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kunnissa vielä kovinkaan yleistä. Selvityksestä kävi myös ilmi, että hyvinvointipalveluiden ostaminen ja kilpailuttaminen yksityis sektorilta keskittyy vielä ns. suurempiin kuntiin, joissa asukasluku on yli 10.000 asukasta.

Espoo, 2005

Riitta Räsänen

1 JOHDANTO

Suomen perustuslaki edellyttää, että hyvinvointipalveluja tarjotaan kaikille kansalaisille (universaalisuusvaatimus). Vastuu niiden järjestämisestä on kunnilla. Kunnilla on oikeus päättää, miten palvelut järjestetään. Kunnilla on kuntalain 2 ja 76 § mukaan mahdollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut joko itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai kuntien kanssa, olemalla jäsenenä kuntayhtymässä tai hankkimalla palvelut kilpailuttamalla muilta julkisyhteisöiltä tai yksityiseltä palveluntuottajalta.

Väestön hyvinvointipalveluiden tarve on kasvanut ja kasvaa koko ajan. Suomen Kuntaliiton 25.6.2003 pitämän tiedotustilaisuuden taustamuistossa mainitaan tulevaisuuden haasteiksi kunnille olevan mm. väestön ikääntyminen ja sitä seuraava palvelujen tarve ja palveluiden tarpeen lisääntyminen, kuntien taloudellinen tilanne liittyen julkisten palveluiden tuloksellisuuden ja kustannustehokkuuden lisäämisen vaatimuksiin (Suomen Kuntaliiton tiedotustilaisuuden taustamuistio 2003, 3).

Kuntien on etsittävä uusia vaihtoehtoja ja tuotantotapoja palveluiden järjestämiseen. Kun kuntien omat resurssit eivät enää riitä kaikkeen tarvittavaan palveluntuottamiseen, tarve ostaa palveluita yhteisöiltä ja yrityksiltä eli yksityissektorilta kasvaa.

Suomen Yrittäjien selvityksen mukaan hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen on puutteellista ja hapuilevaa, eivätkä suurimmat kaupungit tunne omaa palvelukennettaan ja kustannustasoaan. Selvityksen mukaan ongelmien taustalla on se, etteivät kaupungit juurikaan kerää tietoa siitä, mikä osa palveluista tuotetaan itse ja mikä osa on yksityisten tai kolmannen sektorin tuottamaa (Suomen Yrittäjien selvitys 2003, 1).

Laurea-ammattikorkeakoulu ja sen yhteistyöverkosto (Diakonia-ammattikorkeakoulu ja Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia) ovat kehittäneet HYVE-verkkopalvelun, joka on palvelu kunnille, yrityksille, yhdistyksille ja hyvinvointipalvelujen käyttäjille, sekä hyvinvointialan kehittämistoiminnassa mukana oleville organisaatioille. Se sisältää tietoa yksityisistä hyvinvointipalveluista Uudellamaalla ja Itä-Uudellamaalla sekä alaa koskevaa tietoa. Ideana on auttaa hyvinvointipalveluiden ostajia löytämään tarvitsemansa palvelut helposti sekä tukea alan verkottumista ja kehittämistoimintaa. (Hyve-verkkopalveluesite, 2004)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa HYVEelle sellaista tietoa, jolla se pystyy auttamaan hyvinvointialan yrityksiä saamaan tietoa kuntien ostokäyttäytymisestä, jolloin ne voivat markkinoida palvelujaan ja kehittää niitä markkinoi-

den mukaan ja tukea kuntia oman hankintatoimensa kehittämisessä ja koodinoinnissa sekä Laureaa alan kehittämiskohteiden tunnistamisessa ja kuntayhteistyön kehittämisessä.

Opinnäytetyö liittyy osin HYVE-verkkopalvelun markkinointikampanjaan, joka on käynnistetty kevään 2004 aikana. Kampanja toteutetaan yhteistyöverkoston toimesta (Laurea-ammattikorkeakoulu, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia) ja sillä pyritään tuomaan HYVE-verkkopalvelua tunnetuksi Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntiin ja yrityksiin.

2 TUTKIMUSONGELMA JA AIHEEN RAJAUS

Tässä tutkimuksessa selvitetään, ostavatko kyselyssä mukana olevat kunnat hyvinvointipalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta ja kilpailuttavatko kunnat näitä palveluita. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, joka postitettiin sosiaali- ja terveyspalveluista vastaaville viranhaltijoille kaikkiin Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntiin, lukuun ottamatta pilottiprojektissa mukana olleita kuntia Helsinkiä ja Keravaa.

Tämä opinnäytetyö on jatkoa edellä mainitulle pilottiprojektille, joka tehtiin HYVE-verkkopalvelulle. Pilottiprojektissa kerättiin kevään ja kesän 2003 aikana kyselyn avulla tietoa Laurean valitsemien kuntien, Helsingin ja Keravan hyvinvointipalveluiden osto- ja kilpailuttamiskäytännöistä. Pilottiprojekti toteutettiin yhteistyönä konsulttiyritys TP-Group Finland Oy Keskustakehitys konsultin Leif Sonkin kanssa.

Pilottiprojektista saatujen tietojen ja Laurean Hyve-ohjausryhmältä saadun asiantuntijapalautteen pohjalta laadittua kyselylomaketta käytetään tässä opinnäytetyössä. Lomaketta on tarkoitus myös käyttää jatkossa kuntakohtaisen tiedon jakamiseen Hyve-verkkopalvelun internet-sivuilla.

Projektin toteutuksen osana käydään läpi myös kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluprosessin kehittymistä ja kilpailutusta julkisten hankintojen lain voimaan tulosta 1990-luvun alusta 2000-luvulle. Tämän lisäksi käsitellään julkisen sektorin hankintatoimea ja kilpailuttamiseen liittyvää lainsäädäntöä.

3 HANKINTATOIMI JULKISELLA SEKTORILLA

3.1 Kunnan velvoitteet

Kuntien 1990-luvulla tiukentunut taloudellinen tilanne pakotti kunnat arvioimaan uudelleen toimintaansa. Samanaikaisesti Euroopan yhteisöön liittyminen on luonut uudenlaiset ylikansalliset lainsäädännön puitteet julkisyhteisöjen toiminnalle asettamalla niille velvoitteet kilpailuttaa palveluhankintansa, ellei näitä palveluja tuoteta itse (Rusanen 2001, 11).

Kuntalaissa mainittujen velvollisuuksien ja laissa säädettyjen tehtävien lisäksi kunnan on edistettävä asukkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä. Sen suhteen, mitä palveluja kuntalaisille tarjotaan ja miten palvelut tarjotaan, on kunnilla varsin suuri harkintavalta. Yleensä vaihtoehtoisilla palvelutuottamistavoilla viitataan seuraaviin palvelutuotannon kehittämistapoihin:

- tilaaja-tuottajamalli
- henkilöstön kannustaminen yritystoimintaan
- kilpailutus ja ostotoiminta
- palvelusetelit
- valinnanvapaus
- tehtävien siirto yhdistyksille ja kansalaisjärjestöille

(Kivelä 2002, 4)

Kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa (yleinen toimiala, kuntalaki 2 §) ja sille erityislaeissa säädettyt tehtävät (erityistoimiala). Kunnan tehtäviä ja velvollisuuksia koskevassa erityislainsäädännössä kunnille kuuluu palvelujen järjestämisvastuu, johon kuuluvaa julkisen vallan käyttöä ei voi siirtää ulkopuolisten hoidettavaksi. Julkista valtaa kunta käyttää mm. päätöksenteossa, valmistelussa, esittelyssä ja täytäntöönpanossa sekä lakiin perustuvia tarkastus- ja valvontatehtäviä suorittaessaan. Kunnan erityistoimialaan kuuluvat merkittävimmät tehtävät ovat sosiaali- ja terveydenhuollossa, opetus- ja sivistystoimessa, yhdyskuntasuunnittelussa ja rakennusvalvonnassa, ympäristön-suojelussa ja pelastustoimessa (Rusanen 2001, 13).

Kunta voi järjestää lakisääteiset ja järjestämisvastuullaan olevat sosiaali- ja terveyden-huollon alaan kuuluvat tehtävät joko hoitamalla toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palveluja kilpailuttamalla muilta jul-

kisyhteisöiltä tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Kunnilla on kuntalain 2 ja 76 § mukaan mahdollisuus tehtäviensä hoitamiseksi toimia ilman kilpailuttamista yhteistyössä toisten kuntien kanssa ja luovuttaa jopa silloin paikallisen julkisen valtansa käyttöä toiselle kuntayhteisölle. Kun kunta hankkii palveluita yksityiseltä palveluntuottajalta, on kunnan velvollisuutena varmistautua siitä, että hankittavat palvelut ovat tasoa, jota vastaavalta kunnalliselta toiminnalta edellytetään (Rusanen 2001, 14-15).

Perinteisesti kunnat ovat järjestäneet palvelut kuntalaisille omana palvelutuotantona. Kuntayhteisön päättäessä suorittaa hankinnan kunnan ulkopuolisilta, tulee kyseeseen kilpailuttamisvelvoite, mutta julkisen vallan käyttöä tai järjestämisvastuutaan kunta ei voi luovuttaa ulkopuolisille kilpailuttamisprosessin yhteydessä. Perinteisiä kilpailuttamisaloja ovat Rusanen mukaan rakentaminen, kiinteistönhoitopalvelut, jätehuolto ja energiahuolto, kuljetuspalvelut, siivouspalvelut ja pesulatoiminta, mutta kilpailuttamisen piiriin on viime aikoina tullut ruokapalveluja, toimistopalveluja, lasten päivähoitoa, vanhusten-, kehitysvamma- ja päihdehuoltoa, vesihuoltoa, satamatoimintaa, virkistys-, vapaa-aika- ja kulttuuripalveluja (Rusanen 2001, 13).

3.2 Kilpailuttamisvelvoite

Jokaisen hankinnan perustavoitteena on saada oikea tavara (palvelu, urakka-suoritus) käytettäväksi tai tapahtuvaksi oikeaan aikaan mahdollisimman edullisin kustannuksin. Keino tämän tavoitteen toteuttamiseksi on kilpailuttaminen. Valtion hankinnoissa ryhdyttiin soveltamaan kilpailuttamisen periaatetta vuodesta 1961 alkaen. Isoimmat kunnat ja kuntainliitot omaksuivat kilpailuttamisen hankintojen suorittamisen periaatteen myös vuosia sitten. Helsingin kaupunki vahvisti ensimmäiset hankintojen suorittamista koskevat sisäiset määräykset jo vuonna 1959. Nykyisen Suomen Kuntaliiton edeltäjät Suomen Kaupunkiliitto ja Suomen Kunnallisliitto antoivat myös suosituksia hankintojen suorittamiseksi. Niissä seurattiin valtion hankinnoista annettujen asetusten linjoja hyvin pitkälti. Suositusten noudattaminen käytännössä riippui kunnan sisäisistä päätöksistä, mutta suurin osa kaupungeista ja kunnista vahvisti käyttöönsä hankintaohjeiston, joka oli suositusten mukainen. Julkisista hankinnoista annetun lain voimaan tulosta vuoden 1994 alusta on koko kunnallista kenttää koskeva kilpailuttamisen periaate ollut kuitenkin voimassa (Aalto-Setälä, Kärkkäinen, Lehto, Petäjäniemi-Björklund & Stenborg 2001, 432-433).

Euroopan talousalueen perustamista koskevan sopimuksen (ETA) seurauksena julkiset hankinnat avautuivat vapaasti kilpailtaviksi vuoden 1994 alusta. Voimaan

tuli laki julkisista hankinnoista (1505/92), jäljempänä hankintalaki (Yleiset hankintaohjeet 1998, 7).

Hankintalain 5 § mukaan ”hankinnassa on käytettävä hyväksi olemassa olevat kilpailumahdollisuudet. Hankinnasta on sen arvosta riippumatta joko ilmoitettava tai tarjouksia on muutoin pyydettyä hankinnan kokoon ja laatuun nähden riittävä määrä.” Pääsääntöisesti tulee järjestää tarjouskilpailu ja hankinta voidaan tehdä ilman tarjouskilpailua vain erityisistä syistä (5.2 §). Erityisinä syinä voidaan pitää lähinnä hankinnan vähäistä arvoa, yllättävästä tapahtumasta johtuvaa poikkeuksellista kiirettä sekä teknisiä tai taloudellisia syitä, jotka tekevät tarjouskilpailun järjestämisen käytännössä mahdottomaksi tai kannattamattomaksi taloudellisesti. Poikkeuksia tulkitaan suppeasti (Kuoppamäki 2000, 227).

Hankintalain 5 § mukaan kaikissa hankinnoissa tulee käyttää hyväksi olemassa olevat kilpailumahdollisuudet. Hankintaa kilpailutettaessa voidaan järjestää avoin tarjouskilpailu tai suorittaa se rajoitetulla menettelyllä, jolloin pyydetään tarjouksia tietyiltä objektiivisin ja syrjimättömin kriteerein valituilta elinkeinonharjoittajilta. Suoraan neuvottelemalla tietyn valitun yrityksen kanssa hankinta voidaan tehdä vain poikkeustapauksissa. Pääsääntö on tarjouskilpailun järjestäminen ja suorahankinta on poikkeus (Kuoppa-mäki 2000, 237).

Ilman tarjouskilpailua hankinta saadaan tehdä vain erityisestä syystä, jollaisena voidaan pitää hankinnan vähäistä arvoa, jolloin kustannukset tarjouskilpailun järjestämisestä ylittäisivät odotettavan hyödyn. Vähäisen arvon määrittäminen on tapauskohtainen, sille ei ole asetettu laissa alarajaa. Pienissä erissä ostettavia, usein toistuvia palveluita hankittaessa, voidaan kilpailuttaa käyttämällä esimerkiksi vuodeksi solmittavia puitesopimuksia. Puitesopimus on sopimus, joka tehdään yhden tai useamman toimittajan kanssa. Siinä sovitaan tietyn ajan kuluessa tehtäviin hankintoihin sovellettavat hinnat, määrät ja muut ehdot. Kilpailuttamista on syytä harkita rajatapauksissa. Hankinta voidaan jättää kilpailuttamatta myös erityisen kiireen vuoksi, josta johtuen ei hankintaa ehditä kilpailuttamaan. Tämän edellytyksenä on, että kiire aiheutuu odottamattomasta syystä, ei hankintayksikön omista toimenpiteistä. Syynä kiireeseen voi olla esimerkiksi onnettomuus tai muu hankintayksikön oman vaikutusvallan ulkopuolella oleva syy (Kuoppamäki 2000, 237).

Kynnysarvot ylittävissä hankinnoissa on tiukasti säädellyt menettelytavat ja ne vaativat säännönmukaisesti avointa menettelyä, eli ilmoitusta tarjouskilpailusta viralliseen lehteen ja sen kautta Eurooppaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ei kuitenkaan tarvitse kilpailuttaa avoimesti, koska ne ovat palveluhankinta-asetuksen liitteen mukaisia B-palveluja, eli toissijaisia palveluja. Niissä kunta

voi edelleenkin käyttää rajoitettua menettelyä lähettämällä tarjouspyynnöt valitsemilleen yrittäjille, joita todellisen kilpailun aikaansaamiseksi on oltava riittävä määrä. Menettelyn päätyttyä tehdään jälki-ilmoitus ko. asetuksen edellyttämänä (Lakiasioiden kuntatiedote 1/1997).

Hankintalakiin 1.3.1998 lukien lisätyillä täsmennyksillä on selvennetty myös mahdollisuutta poiketa kilpailuttamisesta luomalla uusi termi ”yhteishankintayksikkö”. Hankinnasta ei tarvitse järjestää tarjouskilpailua, kun hankinta tehdään hankintalainsäädäntöä noudattavalta yhteishankintayksiköltä, jolla tarkoitetaan valtion, kuntien tai muiden laissa tarkoitettujen perustamaa omistajiensa hankinnoista keskitetysti huolehtivaa yksikköä. Yhteishankintayksiköjä ovat esimerkiksi kunnalliset hankintarenkaat ja Kauppatalo Hansel Oy (Aalto-Setälä ym. 2001, 428).

3.3 Julkisen hankinnan yleismääritelmä

Hankinnalla tarkoitetaan julkisista hankinnoista annetun lain 4 §:n 1 momentin mukaan tavaroiden ja palvelujen ostamista, vuokraamista ja siihen rinnastettavaa toimintaa sekä urakalla teettämistä. Hankintasopimuksella tarkoitetaan EY-direktiivien mukaan kirjallista sopimusta, jolla hankintayksikkö ostaa hyödykkeitä rahaa tai muuta vastiketta vastaan. Lainsäädännössä hankinnat jaetaan suuriin hankintoihin eli kynnysarvot ylittäviin ja pieniin hankintoihin eli kynnysarvot alittaviin hankintoihin. EY:n direktiivit, jotka ohjaavat julkisia hankintoja, ulottuvat vain ns. kynnysarvon ylittäviin hankintoihin. Suomen hankintalainsäädännön sisältämä kilpailuttamisvelvollisuus koskee hankintoja, joita EY:n direktiiveissä ei säädellä, muun muassa sosiaalisektorin palveluhankinnat, joihin on saatu hankekohtaista julkista tukea ja hankinnan arvonlisäveroton arvo ylittää 5 miljoonaa FIM ja joiden kilpailuttamisvelvollisuus perustuu kansalliseen lainsäädäntöön (Kalima 2001, 59).

Julkiset palvelut ovat olennainen osa suomalaista hyvinvointiyhteiskuntaa ja ne perustuvat yhteiskunnan vastuuseen yksilöistä ja yhteiskunnan toiminnan perusrakenteista. Suomessa ja muissa Pohjoismaissa lainsäädännöllä on kunnille ja valtioille asetettu vastuu erilaisten palvelujen järjestämisestä asukkaille ja samalla vastuu näiden julkisten palvelujen laadusta, saatavuudesta ja alueellisesti tasapuolisesta jakautumisesta. Kunnat voivat tuottaa joko itse tai yhteistyössä muiden kuntien kanssa erityislainsäädännön mukaiset julkiset palvelut tai kunta voi hankkia järjestämisvastuullaan olevat palvelut ostamalla ne toiselta julkisyyhteisöltä (kunta tai valtio), yksityiseltä (yritys, yhdistys, säätiö tai ammatinharjoitta-

ja). Kunnalla on lakisääteinen vastuu palvelujen asian-mukaisesta järjestämisestä riippumatta palvelujen hankkimistavasta (Rusanen 2001, 9).

3.4 Hankintoihin liittyviä käsitteitä ja määritelmiä

Laissa julkisista hankinnoista on määritelty eräitä kaikkiin hankintoihin liittyviä käsitteitä.

Hankinnalla tarkoitetaan tavaroiden ja palvelujen ostamista, vuokraamista tai siihen rinnastettavaa toimintaa sekä urakalla teettämistä.

Hankintayksikkö on hankinnan suorittava organisaatio.

Ehdokas on se, jolta on pyydetty tarjous tai joka on pyytänyt saada osallistua tarjous-kilpailuun.

Tarjoaja on se, joka tekee tarjouksen.

Toimittaja ja myyjä on taho joka myy, vuokraa tai muulla siihen rinnastettavalla tavalla toimittaa tavarat, suorittaa palvelun tai urakoi työsuorituksen hankinnasta tehdyn sopimuksen perusteella.

Ostaja on hankinnan tai ostotapahtuman käytännön toteuttaja.

Hankintasopimus on osapuolten yhtäpitävä tahdonilmaisu hankinnasta ja sen ehdoista.

Puitesopimus on sopimus, joka tehdään yhden tai useamman tavarat- tai palvelutoimittajan kanssa. Siinä sovitaan tietyn ajan kuluessa tehtäviin hankintoihin sovellettavista hinnoista, määristä tai muista ehdoista.

Tavarahankintasopimus on sopimus joka koskee tavarat ostoa, vuokraamista, leasing-vuokraamista, puitesopimuksella tai osamaksulla hankkimista ostot-
optioin tai ilman niitä. Se voi lisäksi koskea kokoamis- ja asennustyötä.

Palveluhankintasopimus: on sopimus joka koskee pääosin palvelun ostoa.

Hankintakilpailu on hankintamenettely, jolla hankintayksikkö pyrkii löytämään edullisimman toimittajan.

Kynnysarvo on ilmoitusvelvollisuuden vähimmäisraja. Tämän arvon ylittävissä hankinnoissa noudatetaan hankinta-asetuksissa annettuja yksityiskohtaisia määräyksiä.

Hankintailmoitus on ilmoitus, jolla annetaan mahdollisuus osallistua tarjouskilpailuun.

Toimittajarekisteri on hankintayksikön tai muiden hankintayksiköiden tai yhteisöjen ylläpitämä rekisteri, johon hyväksytään ne tavarantoimittajat ja palvelun toimittajat sekä urakoitsijat, jotka täyttävät hankintayksikön asettamat yleiset rekisteröintitiedot.

(Yleiset hankintaohjeet 1998, 10 - 12).

3.5 Yleiset hankintaperiaatteet

Sen lisäksi mitä hankintalaissa, hankinta-asetuksissa ja kuntalaissa säädetään ja kunnan taloussäännössä määrätään, noudatetaan hankinnoissa alla olevia ohjeita. Ohjeita sovelletaan hankintalaissa tarkoitettuihin kynnysarvon ylittäviin ja alittaviin hankintoihin.

- Hankinnat on suoritettava taloudellisesti ja tarkoituksenmukaisesti sekä hankinnoissa on käytettävä hyväksi olemassa olevat kilpailumahdollisuudet ja pyrittävä ostajan kannalta kokonaistaloudellisesti edullisimpaan lopputulokseen.
- Hankinnoissa on otettava huomioon mahdollisuuksien mukaan kestävä kehitys, tuotteiden ja niiden pakkausmateriaalien ympäristövaikutuksen ja –kuormitukset sekä tavarain tai rakennusmateriaalien kierrätyksmahdollisuudet elinkaaren aikana.
- Hankinnoissa on noudatettava hankinnan suuruudesta riippumatta avoimuuden, tasapuolisuuden ja syrjimättömyyden periaatteita ja tarjouksentekijöitä ja tarjouksia on kohdeltava tasapuolisesti.
- Sopimusmenettelystä, joita hankinnoissa noudatetaan, on säädetty erikseen.
- Hankintasopimukset voidaan laatia käyttäen hyväksi julkisten hankintojen yleisiä sopimusehtoja tai hankinnan laadun edellyttämiä muita sopimusehtoja.

(Yleiset hankintaohjeet 1998, 13)

3.6 Hankintamuodot

Menettelyistä, joita julkisia hankintoja suoritettaessa on noudatettava, määräävät EU-direktiivit varsin yksiselitteisesti. Hankinta-asetuksessa on hankintamuodot jaoteltu seuraavasti:

- avoin menettely
- rajoitettu menettely
- neuvottelumenettely ja
- suora hankintamenettely

Avoimessa hankintamenettelyssä kaikilla halukkailla potentiaalisilla toimittajilla on oikeus tehdä tarjous. Voidaan pitää erityisesti tavarahankinnoissa hankintojen perusmenettelynä.

Rajoitetussa hankintamenettelyssä tarjouksen saavat tehdä ne ehdokkaat (yritykset), joilta hankintayksikkö pyytää tarjouksia. Hankintayksikkö voi ennalta rajata niiden ehdokkaiden lukumäärä, joille tarjouspyyntö lähetetään. Erityisesti silloin, kun avoimella menettelyllä ehdokkaiden lukumäärä kasvaa kohtuuttoman suureksi.

Neuvottelumenettely tulee kysymykseen ensisijaisesti, kun avoimella tai rajoitetulla menettelyllä ei ole saatu lainkaan tai ei ainakaan hyväksyttäviä tarjouksia. Se voidaan ottaa varsinaiseksi hankintamenettelyksi suoraan peruspalvelusektorin hankintayksiköiden hankinnoissa. Neuvotteluun osallistuvat toimittajat on valittava julkaistun ilmoituksen perusteella ilmoittautuneiden joukosta tai toimittajarekisteriä käytettäessä rekisteriin merkittyjen joukosta.

Suora neuvottelumenettely on mahdollinen asetuksessa erikseen määrätyissä tapauksissa ilman, että hankinnasta lainkaan julkaistaan ennakoivaa ilmoitusta. Sitä voidaan käyttää muun muassa silloin, kun muilla menettelyillä ei ole saatu lainkaan tarjouspyyntöä vastaavia tarjouksia tai kun alkuperäisen toimittaja kanssa tehtävä hankinta on ennalta arvaamattomien syiden vuoksi tarpeelliseksi tullut lisätilaus, jota ei voida erottaa alkuperäisestä hankinnasta ilman suuria vaikeuksia (Aalto-Setälä ym. 2001, 442-444).

3.7 Hankintayksiköt

Merkittävimpiä julkisista hankinnoista annetun lain tarkoittamia hankintayksiköitä ovat hankintojen määrän perusteella valtion, kuntien ja kuntainliittojen viranomaiset, joihin rinnastetaan myös evankelisluterilainen kirkko ja ortodoksinen kirkkokunta ja niiden seurakunnat. Kuntien viranomaisia ovat kunnan- ja kaupunginvaltuustot, kunnan- ja kaupunginhallitukset, johtokunnat, lautakunnat ja toimikunnat ja päätösvallasta riippuen myös yksittäiset kuntien viranhaltijat. Laissa tarkoitettuja hankintayksiköitä ovat myös kuntayhtymien, sairaanhoitopiirien ja kuntaliittojen toimitukset (Aalto-Setälä ym. 2001, 424).

Lisäksi julkisista hankinnoista annetun lain tarkoittamia hankintayksiköitä ovat valtion liikelaitokset, siltä osin kuin ETA/EU-sopimuksen määräykset niin edellyttävät. Tämä ei kuitenkaan tarkoita valtion osakeyhtiöitä, jotka toimivat todellisesti kilpailutilanteessa, koska vain peruspalvelusektorilla varsinaisesti toimivat kuuluvat sinänsä lain piiriin. Myös ne oikeushenkilöt, jotka on perustettu huoleh-

timaan tehtävistä yleisen edun tarkoituksessa ilman teollista tai kaupallista luonnetta ja joiden toiminnassa julkishallinnolla on määräävä asema rahoituksen, omistuksen tai muun valvonnan kautta, kuuluvat lain piiriin. Tällaisia hankintayksiköitä ovat muun muassa Pääkaupunkiseudun yhteistyövaltuuskunta YTV, sekä eräissä tapauksissa myös kunnalliset ja valtion yhtiöt, jotka huolehtivat yleisistä tehtävistä (Aalto-Setälä ym. 2001, 425).

3.8 Hankintaprosessi

Julkisten palveluhankintojen tärkein asiakirja on tarjouspyyntö ja se on laadittava niin, että palveluntuottaja voi tehdä lopullista hankintapäätöstä varten riittävän tarkan tarjouksen. Pelkän hinnan sijasta tulee kuntien palveluhankinnoissa painottaa laatutekijöitä eli hankintalainsäädännön mukaista kokonaistaloudellista edullisuutta. Tarjousmenettely on kolmiosainen prosessi. Siihen kuuluvat tuottajien arviointi, tarjousten kelpoisuuden arviointi ja kaksi edellistä vaihetta läpäisseiden tarjousten vertailu. Hankintapäätös on ilmoitettava kirjallisesti kaikille tarjouskilpailuun osallistuneille. Hankintaprosessiin kuuluvat yleisesti seuraavat vaiheet:

Hankinnan suunnittelu, jolla pyritään varmistamaan hankintojen tarpeiden mukaisuus, oikea-aikaisuus sekä taloudellisuus.

Hankintailmoituksen julkaisu hankintayksikkö, joka aikoo hankkia tavaraa, hankinta-asetuksessa tarkoitettuja ensisijaisia palvelua tai toteuttaa hankkeen avointa tai rajoitettua menettelyä tai neuvottelumenettelyä käyttäen.

Tarjouspyyntö tehdään pääsääntöisesti kirjallisena. Suorassa hankinnassa voidaan ainoastaan käyttää suullista tarjouspyyntöä.

Tarjouspyynnön lähettäminen tehdään samanaikaisesti ja samansisältöisenä kaikille ehdokkaille.

Tarjousten avaaminen, jolloin tarjoukset kirjataan tai niiden päällykseen merkitään tarjouksen saapumisaika ja vastaanottajan nimi.

Tarjoajien kelpoisuuden tarkistaminen, jolloin voidaan sulkea pois sellainen ehdokas tai tarjoaja, jolla ei voida katsoa olevan teknistä, taloudellisia tai muita edellytyksiä hankinnan toteuttamiseen.

Tarjousten sisällön tarkistaminen, jolloin hankinnasta päättävällä on oikeus hyväksyä tai hylätä saadut tarjoukset, mutta hankintalain mukaan hylkäämiselle tulee olla hyväksyttävä syy.

Tarjousten vertailun suorittaa hankintayksikkö tarvittaessa asiantuntijoita käyttäen.

Hankintapäätös eli tarjouksista on hyväksyttävä joko se, joka asianomaista hankintaa koskevien arviointiperusteiden mukaan on kokonaistaloudellisesti edullisin tai se, joka on hinnaltaan halvin.

Hylättyjen tarjoajien informointi, jolloin kunnan on ilmoitettava hankintapäätös kirjallisesti kaikille tarjouskilpailuun osallistuneille.

Sopimuksen laatiminen tehdään noudattaen sopimuksen tekemistä koskevia voimassa olevia yksityisoikeudellisia säännöksiä kuten oikeustoimilakia ja kauppalaki.

(Iso-Aho & Tossavainen 2003, 13-14; Kuntalogistiikan käsikirja 2000, 20; Yleiset hankintaohjeet 1998, 21-28).

3.9 Ostopalvelusopimus

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain(733/1992) 4 §:n 1 momentin mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät itse tai hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Kunta voi järjestää nämä palvelut itse, jolloin se hankkii toimintaan tilat ja joko palkkaa henkilökunnan tai ostaa palvelun muualta palveluiden tuottajalta. Jos kunta hankkii palvelun ostamalla sen muulta taholta, asiakas yleensä osoitetaan tälle palvelun tuottajalle, jolloin varsinaista asiakkaan valinnan vapautta ei ole. Ostopalvelusopimuksessa kunta itse sopii valitsemiensa palveluiden tuottajien kanssa toimintaa koskevista ehdoista ja kustannusten korvaamisesta (HE 74/2003 vp lakiehdotus).

”Ostopalvelusopimuksissa kunta ja palveluntuottaja sopivat ostettavista palveluista, niiden sisällöstä, määrästä ja hinnoista. Kuntaliitto on suosittanut, että kunta suorittaa bruttokorvauksen ostamistaan palveluista palveluntuottajalle. Kunta voi käyttää myös maksusitoumusta, mutta sen perusteella sovitaan ainoastaan yhden asiakkaan saamista palveluista kerrallaan ja sitä tulisi käyttää vain poikkeustapauksissa.” (Karvonen-Kälkäjä 2003, 2).

3.10 Palveluseteli

Lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudesta, 4 §, on tullut lisäys palvelusetelin käytöstä, jota koskevan lakiehdotuksen eduskunta hyväksyi joulukuus-

sa 2003. (HS 4. joulukuuta, 2003) Lain mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät myös antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon. Kunnan tai kuntayhtymän on varmistuttavat siitä, että hankittavat palvelut vastaavat sitä tasoa, jota edellytetään vastaavalta kunnalliselta toiminnalta (HE 74/2003 vp, lakiehdotus).

Palveluseteli on julkisen sektorin rahoittamaa ja käyttötarkoitukseltaan etukäteen määritettyä ostovoimaa, joka voidaan kohdentaa joillekin väestöryhmille tai henkilöille määrättyjen palvelujen ostamiseen yksityiseltä tai julkiselta palveluntarjoajalta. Palveluntuottajan valitsee ja palvelun ostaa asiakas. Setelin määrän palveluntuottaja laskuttaa kunnalta ja asiakas maksaa mahdollisen oman osuutensa suoraan palveluntuottajalle. Palveluseteli voi olla asiakkaan tulojen mukaan määräytyvä tai sovitun suuruinen ja se on asiakkaalle verovapaa, koska se on tarkoitettu palveluun jonka asiakas voisi saada myös kunnan järjestämänä (Iso-Aho & Tossavainen 2003, 10).

4 KILPAILUTUKSEN LAINSÄÄDÄNTÖ

4.1 Laki julkisista hankinnoista

Julkisten hankintojen säännösympäristössä on tapahtunut merkittäviä muutoksia viime vuosikymmeninä. Julkisyhteisöjen hankinnoissa oli 1970- ja 1980-luvuilla keskeistä pyrkimys hankkia kotimaisia tuotteita, joka heijastui muun muassa kuntien hankinta-säännöissä. Niiden mukaan kuntien viranomaiset olivat velvollisia mahdollisuuksien mukaan hankkimaan kotimaisia hyödykkeitä. Pohjoismaiden välisessä yhteistyössä on 1980-luvun lopulla ollut vaihe, jolloin pohjoismaiden ministerineuvoston toimesta laadittiin selvitys perusteista, joilla julkiset hankinnat tehtiin. Selvityksestä kävi ilmi, että toimittajan tärkeimpinä valintaperusteina olivat laadun ja hinnan lisäksi muun muassa ”yritys tunnetaan hyvin”, ”tavarantoimittaja tai valmistajayritys on kotoisin omasta kunnasta”, paikallisen työllisyystilanteen edistäminen” ja että toimittajayritys ”maksaa veronsa kuntaan” (Kalima 2001, 19).

Suomen hankintalainsäädäntö ja siihen perustuvat menettelyt rakentuvat Euroopan yhteisön hankintoja koskeville direktiiveille ja tämänmukainen lainsäädäntö saatettiin Suomessa voimaan Suomen liittyttyä Euroopan talousalueeseen ETA:n vuoden 1994 alussa. Suomen hankintalainsäädäntö koskee valtion viranomaisten ja laitosten, kuntien ja kuntayhtymien sekä muiden hankintalain perusteella julkiseen hallintoon luettavien yhteisöjen hankintoja (Aalto-Setälä, ym. 2001, 422).

Hankintalaki ja sen perusteella annetut asetukset ovat asetus kynnysarvon ylittävistä tavara- ja palveluhankinnoista sekä rakennusurakoista. Laki julkisista hankinnoista velvoittaa hankintojen kilpailuttamiseen sekä määrittelee niiden toteuttamisen. Lakia täydentää asetus kynnysarvon ylittävistä hankinnoista. Asetuksessa täsmennetään hankinnan menettelytavat, määrääjat ja luetellaan eräät poikkeukset sen soveltamisessa. Hankinnat jaetaan kynnysarvon ylittäviin ja alittaviin hankintoihin sekä ensisijaisiin ja toissijaisiin palveluihin. Jako vaikuttaa hankintaprosessin muotoon ja toimintatapaan niin, että kynnysarvon ylittävät ensisijaiset palvelut kilpailutetaan hankinta-asetuksen mukaan, kun taas kynnysarvon alittavat ensisijaiset palvelut sekä kynnysarvon ylittävät ja alittavat toissijaiset palvelut kilpailutetaan hankintalain mukaan. Vuosittain asetettavat kynnysarvot ovat koko EU:n alulla samat ja kauppa- ja teollisuusministeriö ilmoittaa vuosittain kynnysarvojen suuruuden (Levo & Korhonen 2003, 22).

Suomen liittyessä Euroopan talousalueeseen eli ETA-sopimukseen vuoden 1994 alusta, tuli Suomi samalla EU:n julkisia hankintoja koskevan lainsäädännön piiriin. Lainsäädännöllä pyritään turvaamaan Euroopan sisämarkkinoiden toimivuus eli tavaroiden, palveluiden, pääomien ja ihmisten vapaa liikkuvuus EU:n alueella. Suomessa on EU:n julkisia hankintoja koskevat direktiivit pantu täytäntöön hankintalainsäädännöllä. Lainsäädäntöön kuuluu mm. laki julkisista hankinnoista 1505/1992 (muutoksineen 1523/1994, 725/1995, 1247/97 ja 633/1999), joka on kuntien kannalta keskeisin laki. Tätä lakia on valtion ja kuntien viranomaisten sekä muiden laissa tarkoitettujen hankintayksiköiden noudatettava kilpailun aikaansaamiseksi sekä tarjousmenettelyyn osallistuvien tasapuolisen ja syrjimättömän kohtelun turvaamiseksi. Lainmukaisuuden varmistamiseksi kunnat ovat laatineet omia hankintaohjeitaan tukeutuen Suomen Kuntaliiton laatimaan julkaisuun Yleiset hankintaohjeet 1998 (Rusanen 2001, 11).

Julkisista hankinnoista annetun lain tarkoituksena ei ole säädellä yhteisöjä, jotka toimivat hankinnoissaan normaaliin yritystoiminnan tapaan tehden hankintatarkoituksensa liiketaloudellisin perustein. Valtion ja kuntien omistamat kilpailutaloudessa toimivat osakeyhtiöt, peruspalvelusektorilla toimivia lukuun ottamatta, jäävät pääsääntöisesti lain ulkopuolelle. Mikään ei estä myöskään sellaista yksikköä, joka ei ole velvoitettu noudattamaan hankintalain määräyksiä, noudattamaan hankinnoissaan julkisten hankintojen mukaisia kilpailuttamismenettelyjä (Aalto-Setälä, ym. 2001, 427).

4.2 Julkisten hankintojen direktiivejä uudistettu

Julkisten hankintojen uudistetut EU-direktiivit 2004/17/EY ja 2004/18/EY on julkaistu 30.4.2004 EU:n virallisessa lehdessä. Direktiivien kansallinen 21 kuukauden voimaansaattamisaika lasketaan niiden julkaisemisesta.

Direktiivit saatetaan osaksi kansallista lainsäädäntöä 31.1.2006 mennessä. Suomen hankintalainsäädännön uudistusta varten on asetettu työryhmä, joka tulee antamaan ehdotuksensa hankintadirektiivien huomioimisesta kansallisessa lainsäädännössä. Työryhmän määräaika päättyy lokakuussa 2004 (www.ktm.fi).

5 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON JULKINEN RAHOITUS

Suomessa tuotetaan ja rahoitetaan hyvinvointipalveluja kolmella sektorilla:

- Julkinen sektori: Valtio, kunnat sekä Kansaneläkelaitos ja Raha-automaattiyhdistys RAY (perustuslain ja lainsäädännön velvoitteet)
- Järjestösektori: pääosin sosiaali- ja terveystoimen järjestöt, joita tuetaan RAY:n tuotosta myönnettävin harkinnanvaraisin valtionavuin (vapaaseen järjestötoimintaan liittyvä aatteellisuus)
- Yrityssektori: luonnolliset ja juridiset henkilöt (voiton tavoittelu ja yritystoiminnan kannattavuus)

(Myllymäki 2002, 20).

Rahoittajatahoja, jotka eivät pääsääntöisesti ole samalla palvelujen tilaajia, ovat valtio, julkinen sairausvakuutus ja yksityinen sairausvakuutus. Sosiaali- ja terveysalan eri rahoittajien rahoitusosuuksia on muuttanut kuntien palvelurakennemuutos. On suurta kunnittaista, paikallista ja yksilöllistä vaihtelua esimerkiksi avohoidon järjestämistavoissa. Asiakkaan palvelujen ja rahana maksettavien tukien kokonaisuus voi koostua hyvin erilaisista sosiaali- ja terveydenhoidon palveluista ja tuista ja vastaavasti asiakkaan maksukokonaisuus muodostuu eri tavoin ja erikseen määritellyistä maksuista. Taulukosta 1 ilmenevät terveydenhoidon kokonaismenojen rahoituksessa tapahtuneet muutokset (Södergård 1998, 69).

Taulukko 1. Terveysthuollon kokonaismenojen rahoitus (Södergård 1998, 69).

Rahoittaja	1985	1990	1995
Valtio	34	36	29
Kunnat	35	35	33
Kansaneläkelaitos	10	11	14
Julkinen rahoitus yhteensä	79	81	75
Työnantajat	1	1	1
Avustuskassat	1	1	0
Yksityinen vakuutus	1	2	2
Kotitaloudet	18	16	22
Yksityinen rahoitus yhteensä	21	19	25

Sosiaali- ja terveysthuollon menoista merkittävän osan rahoittaa julkinen sektori. Esimerkiksi kuntasektorilla sosiaali- ja terveysthuollon käyttömenoista maksutulot eli asiakasmaksut kattoivat 1998 ainoastaan 8,5 prosenttia. Muita julkisia rahoittajia kuntien lisäksi ovat mm. valtio, Kansaneläkelaitos ja Raha-automaattiyhdistys. Toisistaan on julkisessa rahoituksessa erotettava julkinen tuki ja tulonsiirrot. Suoraan palveluntuottajalle julkinen tuki kohdistuu esimerkiksi oikeudellisen muodon mukaan poikkeavana verotuskäytäntönä, Raha-automaattiyhdistyksen avustuksina, valtion työllistämistukena, kuntien suorina avustuksina jne. Tällä pyritään alentamaan palveluntuottajan tuotantokustannuksia. Tulonsiirrot vastaavasti kohdistuvat suoraan palveluja käyttävälle asiakkaalle verovähennyksinä, ilmaispalveluina, subventoituina asiakasmaksuina, sairausvakuutuskorvauksina jne. Tavoitteena on tukea palvelun tarvitsijoiden palveluhankintaa. Julkinen tuki sosiaali- ja terveysthuollon markkinoilla on yleensä mielletty julkisyhteisöjen itse tuottaman toiminnan rahoitukseksi. On pyritty näiden avulla turvaamaan palvelun tarvitsijoiden eli asiakkaiden palvelujen saanti ja tästä syystä ei aina ole helppoa vetää rajaa julkisen tuen ja tulonsiirtojen suhteen (Melin & Paunio 2001, 79-80).

5.1 Valtio sosiaali- ja terveystoimen julkisena rahoittajana

Sosiaali- ja terveyspalveluiden nopean laajentumisen mahdollisti julkisen sektorin hyvä rahoitustilanne 1970 – 80 –luvuilla. Sosiaali- ja terveystoimittiset uudistukset toteutettiin tänä aikana valtakunnallisesti ja näitä leimasi niiden toteuttaminen asiakasryhmittäin ja palveluittain. Valtionosuuslainsäädännön uudistus 1976 ja VALTAVA-lainsäädäntö 1984 olivat palvelujärjestelmän muotoutumiseen keskeisesti vaikuttaneita tekijöitä. Näiden uudistusten myötä kuntien asema sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjänä ja palveluntuottajina vahvistui. Tehtäväkohtaisella valtionosuusjärjestelmällä, joka tuli voimaan v. 1976, valtio pyrki ”kannustamaan” kuntia laajentamaan palveluntuotantoa sitomalla valtionavun tehtäviin ja virkoihin. Se instrumentti, jonka avulla julkinen sektori eli kunnat valikoituivat ensisijaisesti palveluntuottajiksi, oli valtionosuusjärjestelmä (Melin & Paunio 2001, 25-26).

Suomessa toteutettiin 1990-luvun alussa merkittäviä muutoksia valtion ja kuntien suhteissa, joilla pyrittiin tehostamaan mm. palvelujen tehokkuutta ja mahdollistamaan näiden järjestämistavan muutos yksityisen ja voittoa tavoittelemattoman sektorin suuntaan. Vuosina 1993 – 97 tapahtui institutionaalisessa toimintaympäristössä muutoksia, jolloin valtionosuuslainsäädäntö muuttui laskennalliseksi ja sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjämaksuista säädetty laki ja asetukset väljenivät markkinaratkaisuja mahdollistaviksi. Näiden uudistusten tavoitteena oli tehostaa kuntien taloutta suhteessa valtioon ja mahdollistaa entistä tehokkaampi palvelutuotanto. Tiukasta kuntia koskevasta suunnittelusta ja yksityiskohtaisten normien antamisesta valtio luopui ja samalla luovuttiin yksityiskohtaisesta resurssien ohjauksesta (Melin & Paunio 2001, 27-29).

5.2 Kansaneläkelaitos sosiaali- ja terveystoimen julkisena rahoittajana

Yksityisten ja voittoa tavoittelemattomien palveluntuottajien kannalta on kansaneläkelaitoksen rooli sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoittajana ollut merkittävä. Sairausvakuutuskorvaukset, kuntoutusetuudet, pienten lasten hoidon tuki, työpaikkaterveydenhuolto ja asumistuki ovat luoneet rahoituspohjan, joka on mahdollistanut sosiaali- ja terveyspalvelujen hankinnan julkisen sektorin ulkopuolisilta palveluntuottajilta. Terveyspalvelujen tuottajien kannalta on erityisesti kansaneläkelaitoksen maksamat korvaukset sairaanhoitoon ja työpaikkaterveydenhuoltoon ollut merkittävä. Sosiaalipalvelujen osalta asumistuen maksaminen palvelutaloissa ja –kodeissa asuville vanhuksille on kasvattanut yksityisten ja

voittoa tavoittelemattomien palveluntuottajien osuutta palvelu-asumisessa (Melin & Paunio 2001, 29).

Sosiaali- ja terveystaloudellisten rahoitustehtävien laajentuminen 1990-luvulla toteutettiin lähinnä Kansaneläkelaitoksen kautta. Uudistuksissa oli kysymys siitä, rahoitetaanko sosiaali- ja terveyspalvelujen menoja kunnat vai valtio. Samalla uudistuksissa oli kysymys myös palvelujen tuottajasta eli yksityinen vai julkinen. Jos asiakas on hankkinut palvelun kunnalta tai kuntayhtymältä ei kansaneläkelaitoksen tulonsiirtoja pääsääntöisesti myönnetä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamisessa Kansaneläkelaitoksen rooli 1990-luvulla kietoutui entistä tiukemmin kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen kanssa yhteen (Melin & Paunio 2001, 29-30).

5.3 Raha-automaattiyhdistys sosiaali- ja terveystoimen julkisena rahoittajana

Merkittävän osan sosiaali- ja terveyspalvelujen menoista rahoittaa siis julkinen sektori, eli valtio, kunnat ja kansaneläkelaitos. Näiden lisäksi julkisiin rahoittajiin kuuluu myös Raha-automaattiyhdistys. Edellä on tiivistetysti kerrottu näiden osuuksista sosiaali- ja terveyspalveluiden rahoituksesta ja tässä käydään hieman tarkemmin läpi RAY:n osuutta julkisesta rahoituksesta, koska sen avustustoiminta on rahallisesti kuitenkin merkittävä palveluita tuottaessa. RAY:n avustuseriaatteita on viime vuosina muutettu siten, ettei sen toiminta aiheuttaisi merkittäviä häiriöitä hoiva-alan kehittyvälle yritystoiminnalle. RAY:n avustuseriaatteiden tarkentamista pohditaan edelleen KTM:n JA STM:n työryhmässä ja ne voivat muuttua nykyisistä.

Raha-automaattivarat käytetään arpajaislain mukaisesti terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Tulosneuvottelut, joiden pohjalta avustusten suunnitelmalle asetetaan tavoitteet, raha-automaattiyhdistys käy vuosittain sosiaali- ja terveysministeriön kanssa. Suunniteltaessa avustustoimintaa otetaan huomioon virallisen sosiaali- ja terveystaloudellisen suuntaviivat, palvelutuotannon erilaiset toimintaperiaatteet julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin piirissä sekä kansalaisjärjestötoiminnan lähtökohdat ja periaatteet (Romppainen 2003, 54).

Raha-automaattiyhdistys ohjaa sosiaali- ja terveysalan kolmannelle sektorille pelitoimintansa tuotot vuosittain. Palvelujen ja avunantamisen tarve on talouskriisin seurauksena kasvanut koko 1990-luvun. Voimakkaasti on korostunut tarve ennaltaehkäisevään sosiaali- ja terveystaloudelliseen sosiaalisen syrjäytymisen vuoksi. Koska palvelurakenne muuttuu entistä enemmän avohuoltopainotteiseksi, raha-automaattiyhdistys on painottanut avustustoiminnassaan välimuotoisten palvelujen tärkeyttä. Avustuksia voivat saada yleishyödylliset yhteisöt, joiden toimi-

alana on mm. vanhustenhuollon tukeminen, kansanterveyden edistäminen, aistivammaisten huoltaminen ja invalidihuollon tukeminen (Södergård 1998, 71).

Taulukko 2. Palvelutuotannon kustannusten jakautuminen eri sektoreille v. 2000 Miljar-
dia mk (Romppainen 2003, 44)

	Julkiset palveluntuot- tajat	Yritykset	RAY:n rahoit- tavat järjestöt	Yhteensä
Yhteensä	54,2	8,1	6,0	68
Sosiaalityö	21,2	1,3	4,6	27
Terveystyö	33,0	6,8	1,4	41

Prosentuaalinen jakautuminen

	Julkiset palveluntuot- tajat	Yritykset	RAY:n rahoit- tavat järjestöt	Yhteensä
Yhteensä	79,3	11,9	8,8	100
Sosiaalityö	78,2	4,9	17,0	100
Terveystyö	80,1	16,5	3,4	100

Raha-automaattiyhdistys jakoi vuonna 2002 avustuksia 279,5 miljoonaa euroa, josta 126,3 miljoonaa euroa käytettiin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöjen toiminnan tukemiseen. Raha-automaattiyhdistyksen oman 18-kohtaisen toimintoluokituksen mukaan v. 2002 jaettiin avustuksia esimerkiksi kuntoutus- ja hoitopalveluihin 13,7 miljoonaa euroa, kotipalveluihin 5,2 miljoonaa euroa, kuntoutusohjaukseen 2,9 miljoonaa euroa, omaishoitoon 1,3 miljoonaa euroa ja tuettuun asumiseen 1,0 miljoonaa euroa. Tämän toimintoluokituksen mukaan kaikista avustuksista suurimmat avustusmäärät kohdistuvat kansalaisjärjestötoimintaan (98 miljoonaa euroa), palveluasumiseen (48 milj. euroa) ja kuntoutus- ja hoitopalveluihin (47 milj. euroa) (Kauppinen & Niskanen 2003, 52).

6 OSTOPALVELUT ja kilpailutus 1990-Luvulla

6.1 Tilaaja-tuottaja -malli

Kaikkia tuottajia kilpailutetaan tilaaja-tuottaja -järjestelmässä, kunnan omat organisaatiot mukaan lukien. Tilaaja-tuottaja -mallissa on palvelun järjestäjän ja tuottajan roolien erottaminen toisistaan avain kunnan palvelujen tehostamiseen. Kunnan ei tarvitse tuottaa itse kaikkia palveluja vaan kunta voi tilata tai ostaa palvelut toisilta kunnilta tai yrityksiltä kunnan toimiessa näin vain palvelun tilaajana. Kunnan sisällä mallia voi käyttää myös niin, että tuottaja on osa kunnan omaa organisaatiota (Lievonen 1997, 30-31).

Tilaaja-tuottaja -malli sopii erityisesti suurille kunnille, jossa erotetaan palvelun tilaaja tuottajasta. Hyötyä pienissä kunnissa tulisi hakea esimerkiksi seutuyhteistyöstä. Tilaaja-tuottaja -mallilla pyritään lisäämään kilpailua ja näin toiminnan tehokkuutta. Tällä mallilla etuina ovat mm. oman palvelutuotannon hinnan saaminen, toiminnan parempi läpinäkyvyys, kustannustietoisuus, erikoistuminen, joustavuus ja toimijoiden roolin selkiytyminen (Iso-Aho & Tossavainen 2003, 11).

Suomessa tätä mallia on alettu soveltaa useissa kunnissa 1990-luvulla. Mm. Järvenpäässä mallia on sovellettu sosiaali- ja terveystoimessa ja Helsingin sosiaalivirastossa malli on toiminut 1.1.1995 alkaen mm. päihdehuollossa, laitoshoidossa, palveluasumisessa ja vanhusten laitoshoidossa. Tilaaja-tuottaja ajattelutapa edellyttää kaikkien tuottajien kilpailuttamista (Lievonen 1997, 34).

6.2 Kuntien ostopalvelut

Viime vuosina toteutettujen kunnallisten rationalisointitoimien taustalla on keskeisimmin vaikuttanut 1990-luvun talouskriisi, jonka seurauksena alettiin etsiä keinoja julkisen tuotantotoiminnan tehostamiseksi (Kilpailuvirasto 2001, 23).

1990-luvun alkupuolella Suomessa elettiin murrosvaihetta, jossa jouduttiin pohtimaan kuntien perustehtäviä ja perusarvoja. Kunnissa jouduttiin etsimään uusia julkisten peruspalveluiden tuottamis- ja järjestämistapoja, koska pohjoismainen hyvinvointivaltio oli kriisissä. Tuottavuuden laskiessa oli kunnallishallintoa uudistettava niin, että palveluiden määrä ja laatu kärsivät mahdollisimman vähän. Kunnissa haluttiin säilyttää resurssien vähentyessä mahdollisimman hyvä palvelutaso, joten oli etsittävä valinnan vapauteen ja kilpailuun perustuvia ratkaisuja.

Kunnat ottivat palveluiden tuottamisessa käyttöön uusina toimintamuotoina yksityistämisen, ostopalvelut ja yhtiöittämisen (Sutela 2001, 422).

Kunnallispalveluiden kasvu oli laman myötä katkaistava, jolloin säästämällä, palveluja karsimalla ja toimintaa tehostamalla oli pyrittävä säilyttämään kunnallinen palvelurakenne. Laman myötä oli nähtävä kunnan rooli palvelujen aikaansaamisessa uudelleen. Kunnat eivät enää itse tuottaneetkaan kaikkea palveluita, vaan alkoivat ostaa kuntalaisille palveluita myös yksityisiltä. Kunnallissektorin markkinaohjautuvuus on kuitenkin ollut vähäistä, sillä kunnat tuottivat itse palvelunsa käytännössä 1990-luvun puolivälissä lähes samassa mitassa kuin vielä 1990-luvun alussa, kuitenkin kunnallisten ostopalveluiden määrä on lisääntynyt 1990-luvun puolivälin jälkeen (Sutela 2001, 422).

Sosiaalipalveluyritysten toiminta ennen vuotta 1995 oli erittäin pienimuotoista ja keskittynyt harvoille toimialoille ja muutamille maantieteellisille alueille. Yritysten tuottamia palveluita on lapsi- ja nuorisotyössä ollut tarjolla jo kymmeniä vuosia, mutta yritysten markkinoille tulo ikääntyneiden palveluissa sekä mielenterveyspalveluissa ja päihde-huollossa on tapahtunut käytännössä vasta 1990-luvun aikana. Osittain tähän on vaikuttanut mm. 1990-luvulla tapahtunut palvelurakenteen muutos. Laitoshoidon vähennyttyä on tilalle kehitetty asumispalveluja, jotka ovat olleet 1990-luvulla nopeimmin kasvava toimiala yksityisissä sosiaalipalveluissa (Kauppinen & Niskanen 2003, 24 - 25).

Kun laki yksityisten sosiaalipalvelujen valvonnasta (603/1997) tuli voimaan vuonna 1997, sai yksityisten sosiaalipalvelujen tilastointi kattavamman pohjan. Kaikkien ympärivuorokautisia sosiaalipalveluja tuottavien tuli lain myötä hakea lääninhallitukselta lupa toimintaansa. Muita sosiaalipalveluja tuottavien pitää ilmoittaa sijantikunnalle toiminnastaan, joka ilmoittaa tiedot lääninhallitukselle. Lääninhallitus puolestaan pitää rekisteriä kaikista alueellaan toimivista palveluntuottajista. Vasta vuonna 1999 palveluntuottajien tiedot alkoivat olla kattavasti rekisterissä (Kauppinen & Niskanen 2003, 31).

1990-luvulla ovat yksityiset sosiaalipalveluntuottajat selvästi lisääntyneet. 1990-luvun aikana on toimipaikkojen määrä lähes nelinkertaistunut. Taulukossa 3 näkyy 1990-luvun toimipaikkojen kasvu ja lukuun sisältyvät sekä järjestöjen että yritysten toimipaikat.

Taulukko 3. Yksityiset sosiaalipalvelutoimipaikat 1990, 1997 - 2001 (Kauppinen & Niskanen 2003, 31)

	1990	1997	1998	1999	2000	2001
Toimipaikkoja	741	1 848	2 282	2 617	2 664	2 885

Taulukossa 4 on keskiarvotiedot sosiaali- ja terveystoimen asiakaspalveluiden ostoista yksityisiltä vuosina 1994 -1996.

Taulukko 4. Sosiaali- ja terveystoimen asiakaspalveluiden ostot yksityisiltä vuosien 1994 - 96 keskiarvotiedot (STAKES; Arajärvi 1998, 65).

	Koko maa	Uusimaa	Itä-Uusimaa
1. Sos.toimen asiakaspalv. ostot yksityisiltä	6,2 %	9,1 %	5,5 %
2. Terv.toimen asiakaspalv. ostot yksityisiltä	0,8 %	1,0 %	0,4 %
3. Yksityisiltä ostetut lasten päivähoidon hoitop., kaikista k.o. hoitopäivistä	5,0 %	8,9 %	6,0 %
4. Yksityisiltä ostetut lastensuojelulaitosten hoitop., kaikista k.o. hoitopäivistä	42,5 %	42,9 %	78,2 %
5. Yksityisiltä ostetut vanhusten palveluas.- asiakkaita, kaikista k.o. asiakkaista	29,0 %	21,5 %	29,5 %
6. Yksityisiltä ostetut vanhainkotien hoitopäivät kaikista k.o. hoitopäivistä	10,6 %	40,1 %	1,5 %

Kunnille luotiin ulkoiset edellytykset palveluhankintojen lisäämiselle ja niiden kilpailuttamiselle vuonna 1993 voimaan tulleella valtionosuusuudistuksella. Taulukon 5 mukaan kuntien palveluhankintoihin valtionosuusuudistuksen luomat edellytykset eivät ole vaikuttaneet lisäävästi (Södergård 2001, 14).

Taulukko 5. Kuntien palveluhankinnat suhteessa kuntien käyttömenoihin 1994 - 99.(Taulukkoon ei sisälly vuokria) (Södergård 2001, 15).

		1994	1995	1996	1997	1998	1999
Kuntien käyttömenot	(mrd.mk)	113,6	113,9	118,3	112,3	114,8	119,0
	(euro)	19,2	19,3	20,0	19,0	19,5	20,2
Asiakaspalvelu- hankinnat	(mrd.mk)	24,6	26,2	27,9	22,0	22,7	23,2
	(euro)	4,2	4,4	4,7	3,7	3,8	3,9
Välituotepalvelu- hankinnat	(mrd.mk)	10,1	10,0	10,7	12,1	12,5	13,9
	(euro)	1,7	1,7	1,8	2,0	2,1	2,4
Aineet ja tarvikkeet	(mrd.mk)	9,9	8,1	6,9	6,9	7,3	7,3
	(euro)	1,7	1,4	1,2	1,2	1,2	1,2

Asiakaspalvelujen ostot vähentyivät vuosina 1994 - 98 yli kolmella miljardilla markalla. Toiminnan tehostuminen ja suoritettut säästötoimenpiteet olivat luultavammin syitä tähän ja samalla kuntayhtymien määrä on pudonnut. Välituotepalvelujen ostot ovat koko ajan lisääntyneet, mihin on vaikuttanut palvelujen ulkoistaminen. Se on samalla myös vähentänyt materiaalihankintojen tarvetta. Vuonna 1998 kaikista palveluhankinnoista yksityiseltä sektorilta tehdyt hankinnat olivat kolmannes ja pääosa kuntien hankinnoista välituotepalveluissa, eli arviolta 80 prosenttia on tehty yksityiseltä sektorilta. Yksityisen sektorin osuus asiakaspalvelujen hankinnoista on vain 14 prosenttia. Yksityiseltä sektorilta asiakaspalvelujen ostot ovat kasvaneet noin 800 miljoonalla markalla vuodesta 1994 lähtien, mutta asiakaspalveluista ja välituotepalveluista aidon yrityssektorin osuutta on vaikea arvioida, sillä merkittävä osuus ostoista tehdään kolmannelta sektorilta. Etenkin sosiaalipalveluissa kolmannen sektorin merkitys on suuri, myös koulutus- ja terveyspalveluissa on paljon kolmannen sektorin palveluntuottajia (Lith 2000, 34 - 37).

Suomessa toimi vuonna 1996 Tilastokeskuksen yritys- ja toimipakkarekisterin (YTR) mukaan yhteensä 9000 terveyspalvelun yritystä, joissa henkilöstöä oli 14 800 ja liikevaihto 5 miljardia markkaa. Vastaavasti sosiaalipalvelussa yrityksiä oli vajaat 700 ja niiden henkilöstöä 2 200 ja liikevaihto 0,5 miljardia markkaa. Pieniä alle viiden hengen yrityksiä terveys- ja sosiaalipalvelujen yrityksistä oli 93 prosenttia ja yli 50 työntekijää työllisti vuonna 1996 vain 17 yritystä. Alle viiden hengen yritysten osuus henkilöstöstä ja liikevaihdosta on 51 prosenttia ja suurten yli

50 hengen yritysten henkilöstö- ja työllisyysosuus on 17 prosenttia. Yksityisiä terveys- ja sosiaalipalveluja tuottavat yritysmuotoisen toiminnan lisäksi noin 1100 ns. voittoa tavoittelematonta yhteisöä, jotka työllistivät noin 21000 työntekijää (Lith 1999, 52-53).

Taulukko 6. Yksityiset terveyspalvelujen tuottajat 1996 - 2001. (Kauppinen & Niskanen 2003, 34).

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Palvelujen tuottajat	2 200	2 300	2 450	2 578	2 732	2 883
Ammatinharjoittajat	6 069	6 483	7 085	6 885	7 533	”
Yhteensä	8 269	8 783	9 535	9 463	10 265	”

Jo vajaan vuosikymmenen ovat ulkoiset edellytykset palveluhankintojen kasvulle olleet olemassa, mutta kuntien palveluhankinnat eivät ole kasvaneet. Yksityiseltä sektorilta eli yrityksiltä ja kolmannen sektorin järjestöiltä tehdyt asiakaspalveluhankinnat edustavat hyvin pientä osaa koko asiakaspalveluhankintojen määrästä, koska hankintoja tehdään lähinnä kuntien ja kuntayhtymien sisällä, eikä näitä hankintoja juurikaan kilpailuteta. Asiakas- ja väliuotehankinnoista menee yksityiselle sektorille vain noin kolmannes. Tuottajien näkökulmasta haittaavina tekijöinä palvelujen hankintamarkkinoiden kehittämisessä on nähty mm. kuntien tilaajaosaamiseen liittyvissä puutteissa, läpinäkyväisyys ja kustannuslaskennan puutteet kuntien omassa tuotannossa, kapea-alaisuus palvelujen laadullisissa tekijöissä sekä ongelmat, jotka liittyvät liikkeen luovutukseen (Södergård 2001, 14 - 16).

Taulukko 7. Kuntien ja kuntayhtymien asiakaspalveluostot m€ 1997 - 2002. (Lyhytesittely, Suomen Kuntaliitto, Piekkola 2004)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Keskim muutos
Yhteensä	527	577	617	688	830	907	11,5 %
Sosiaali- ja terveystoimi	471	516	574	654	786	878	13,3 %
- Lasten päivähoito	56	55	60	65	66	74	5,7 %
- Vanhusten laitospalvelut	54	52	56	60	66	68	4,7 %
- Muut vanhusten ja vamm. palvelut	119	145	171	198	240	271	17,9 %
- Perusterveydenh.	36	38	41	41	58	66	13,0 %
- Erikoissairaanh.	50	56	59	60	83	95	13,7 %
- Muu sosiaali- ja terveystoimi	157	170	187	222	273	303	14,1 %

Julkiset hankinnat yksityiseltä sektorilta ovat olleet vuonna 1997 85 mrd.mk. Näistä investointeja on ollut 23 % ja tavara- ja palveluostoja 77 %. Kuntien ja kuntayhtymien sekä niiden liikelaitosten hankintojen kokonaisarvosta osuus on ollut 57 %, valtion 37 % ja muiden hankintayksiköiden 6 %. Julkisten hankintojen arvo (mk) on lisääntynyt tasaisesti vuodesta 1993 vuoteen 1998, mutta osuus bruttokansantuotteesta on pysynyt lähes ennallaan. Kuntasektorin suurin yksittäinen kustannuserä on hankintatoimen kustannukset. Kunnissa ja kuntayhtymissä on panostettu myös eniten hankintatoimen kehittämiseen. Omaa palvelutuotantoa varten hankittujen välituotepalveluiden ns. muiden palveluiden hankinnat ovat kunnissa ja kuntayhtymissä lisääntyneet samana ajanjaksona jopa 29,2 % (Kivelä 2002, 8).

6.3 Kuntien ostopalveluhankintojen kilpailutus

Suomen kilpailulainsäädäntö muodostuu kilpailunrajoituslaista (480/92) ja laista julkisista hankinnoista eli hankintalaista (1505/92). Päättävöitteena hankintalaissa ovat kilpailuttaminen, avoimuus ja tarjouksentekijöiden syrjimätön ja tasapuolinen kohtelu. Tavoitteena kilpailunrajoituslaissa on terveen ja toimivan ta-

loudellisen kilpailun edistäminen ja vahingollisilta kilpailunrajoituksilta turvaaminen (Lievonen 1997, 6).

Käytännössä Suomessa kilpailuttamisella tarkoitetaan lähinnä sellaista tilannetta, jossa jokin palvelu annetaan ulkopuolisen tuotettavaksi käyttämällä tuottajan valinnassa kilpailuttamismenettelyä. Lähtökohtaisesti ei aseteta omaa ja ulkopuolista tuottajaa samaan asemaan ja valita näistä pätevämpi, vaan vertailu koskee vain ulkopuolisia tarjoajia. Usein osa palvelutarpeesta kilpailutetaan ulkopuolisten kesken ja osa palvelusta tuotetaan itse ja osa hankintaan markkinoilta. Hoivapalveluja tuotetaan monissa isoissa kaupungeissa tällaisella rinnakkaisella menetelmällä. Yleisenä käytäntönä on Suomessa ollut kilpailuttaa, eli ostaa markkinoilta vain uusi palveluntarve, eikä vanhoja rakenteita ole haluttu saattaa kilpailulle alttiiksi purkamalla niitä (Södergård 2001, 20 - 21).

Södergård on tutkimuksessaan (Södergård 2001) mm. selvittänyt kuntien kilpailutetun palvelutuotannon käyttökustannuksia, kuntien koko palvelutuotannon käyttökustannuksia sekä kuntien yksityisiltä hankittujen kunnan keskushallinnon palvelujen arvoa. Tutkimusaineistossa esiintyneen kilpailutetun palvelutuotannon max-arvon osuus tutkimusaineiston koko palvelutuotannon max-arvosta on vajaa 3 % ja kilpailutetun palvelu-tuotannon keskiarvon osuus koko palvelutuotannon keskiarvosta on vajaa 9 %. Södergårdin mukaan kilpailutetun palvelutuotannon vähäinen osuus koko aineiston palvelutuotannon käyttökustannuksista tukee yleistä käsitystä kuntasektorin kilpailutetun palvelutuotannon vähäisyydestä.

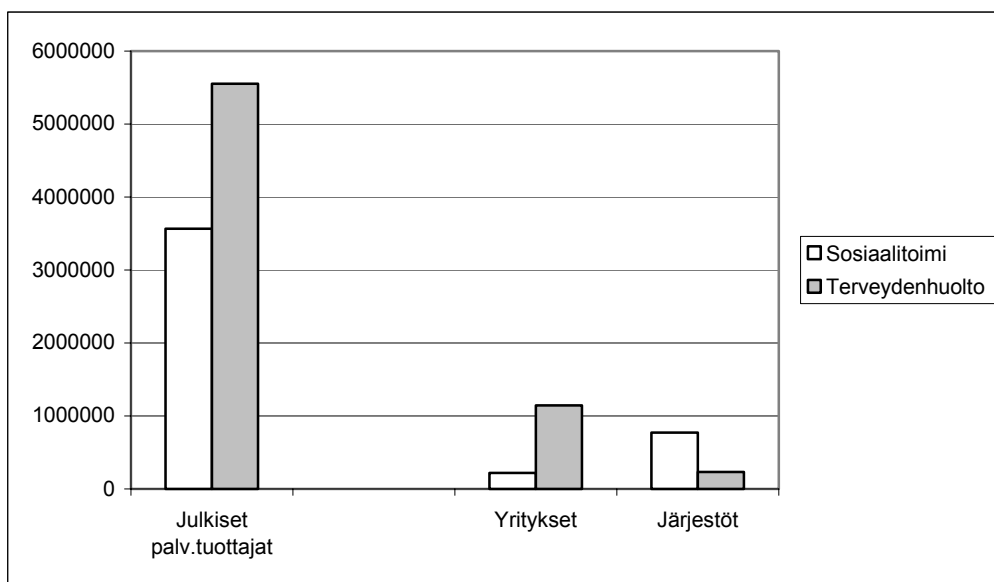
Södergård mainitsee myös, että tulos osoittaa toisaalta myös palvelutuotannon ulkoistamispotentiaalin suuruuden. Vertaillen kuntien sektoreiden kilpailutetun ja koko palvelutuotannon käyttökustannuksia sekä yrityksiltä hankittujen palvelujen arvoa, hän pitää mielenkiintoisena sektoreiden kilpailutetun palvelutuotannon suhdetta yrityksiltä hankittujen palvelujen arvoon. Tutkimuksen mukaan yrityksiltä hankittujen palvelujen arvo on merkittävästi suurempi kuin kilpailutetun palvelutuotannon arvo, jolloin hänen mielestään herää kysymys, ostavatko kunnat palveluja ns. suorina hankintoina kilpailuttamatta. Tutkimuksen mukaan kunnan sektoreista toiseksi eniten palveluja yrityksiltä hankkii sosiaali- ja terveystoimi (Södergård 2001, 29-33).

LTT-Oy on tammikuussa 2000 julkaissut erityisesti mm. sosiaali- ja terveystalouteen keskittyneen tutkimuksen, joka koskee Helsingin kaupunkia. Tutkimukseen tehtyjen haastattelujen perusteella kilpailuttamiseen johtaneet syyt liittyivät sekä kaupungin ulko- että sisäpuolelta tulleisiin paineisiin. Lain antamaa veloitusta kilpailuttaa julkisia hankintoja pidettiin tärkeimpänä syynä kilpailuttamiseen.

Uudet palvelutarpeet, joihin kaupungin omat resurssit eivät riitä, pidettiin toisena tärkeänä kilpailuttamiseen johtavana syynä ja erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon puolella. Vanheneva väestö ja siitä johtuva palvelun tarpeiden kasvun nähtiin tutkimuksen mukaan vaikuttavan siihen, että on syntynyt tarve uusien toimintamuotojen ja palveluratkaisujen etsimiseen. Kilpailuttamispäätöksiin on arvioitu vaikuttaneen myös kaupungin halu selkiyttää aikaisempaa kirjavaa sopimuskäytäntöä. Haastatteluista kävi ilmi, että kaupungin edustajat pitivät oman tuotannon ylläpitämistä perusteltuna tietyissä ydintoiminnoissa mm. perusterveydenhuollossa ja painottivat kunnan vastuuta palvelujen jatkuvuuden takaamisessa sekä hinta- ja laatutietoisuuden säilyttämisessä. Omaa toimintaa perusteltiin myös kilpailuttamiseen tarvittavan asiantuntemuksen ja palvelujen laadun seurannan kannalta. Tutkimukseen haastateltujen yritysten mukaan Helsingin kaupunki on edennyt palvelujen ulkoistamisessa hitaasti ja omaa tuotantoaan suojellen. Heidän mukaansa Helsingin kaupunki voisi myös säästää kustannuksissa ja samalla parantaa laatua terveydenhuollon alueella, mikäli se ostaisi enemmän palveluita yksityiseltä sektorilta. Varsinkin erikoissairaanhoidon puolella nähtiin paljon kehitysmahdollisuuksia (Enomaa & Penttinen 2000, 15 - 19).

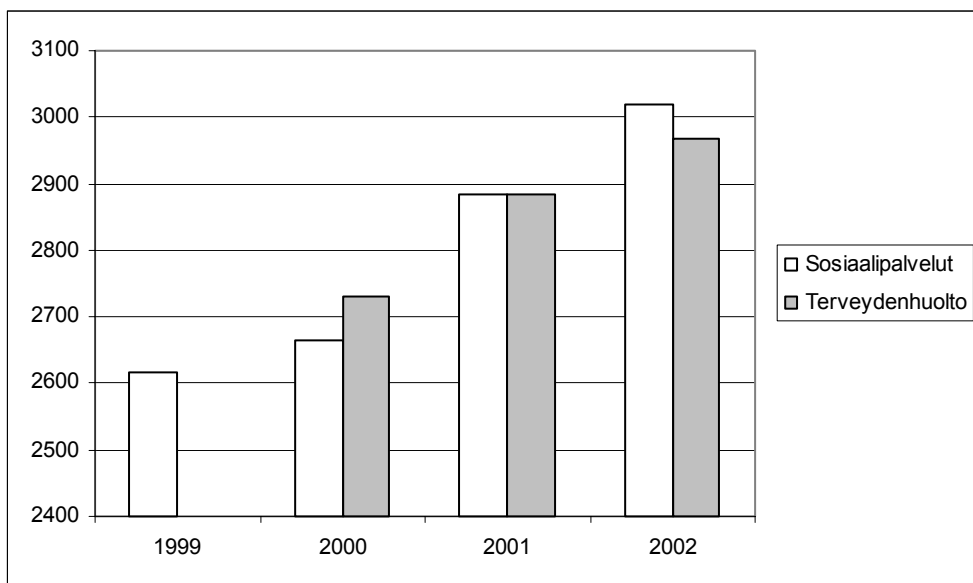
7 OSTOPALVELUT JA KILPAILUTUS 2000-LUVULLA

Julkinen sektori hoitaa Suomessa tehtäviä, joita esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelujen alalla hoitaa monessa muussa EU-maassa myös yksityinen sektori. Terveyspalveluja tuottavat Suomessa pääosin julkiset terveyskeskukset ja sairaalat, joiden palvelut rahoitetaan verovaroilla. Näiden palveluiden kohdalla potilaiden suora rahoitusosuus on 6 – 20 %. Yksityistä palvelutuotantoa, joka toimii julkisen tuotannon rinnalla, tuetaan julkisen sairausvakuutuksen kautta, jolloin potilaan välitön maksuosuus vaihtelee 40 - 80 %. Kuntien tulisi selvittää oman toimintansa ja ostopalvelujen kustannukset ja näiden lisäksi varmistaa palvelujen laatu esimerkiksi asiakas- ja omaiskyselyllä. Suuri osa hoiva-, kuntoutus- ja erikoissairaanhoidon palveluista on hinnoiteltavissa ja tuotteistettavissa. Toimimalla näin ovat kuntien omat ja yksityiset palvelut vertailukelpoisia ja tarjoutuu mahdollisuus hankkia joustavasti palveluja eri tuottajilta (Liukko 2002, 11 - 12).



Kuvio 1. Eri palveluntuottajien osuudet kustannuksista v 2000. (Lyhytesittely, Suomen Kuntaliitto 2004, Piekkola).

Potilaan kotikunnan on velvollisuus järjestää palvelua tarvitsevan potilaan tarpeen mukainen erikoissairaanhoidon kuulumalla johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Kunta on ennen kaikkea maksaja katsottuna palvelun käyttäjän näkökulmasta. Jos kunta ei pysty osoittamaan tarpeen mukaisen palvelun julkista tuottajaa viivytyksettä, potilas usein ohjautuu tai oma-aloitteisesti itse hakeutuu yksityisessä omistuksessa oleviin sairaaloihin tai lääkäriasemille. Alueellista eriarvoisuutta ilmenee palvelujen saannissa ja rahoituksessa, vaikka keskeinen terveystaloudellinen periaate on kansalaisten tasa-arvoinen palvelujen saanti. Oikeuksistaan hoitoon ovat terveyspalveluiden käyttäjät nykyään entistä tietoisempia ja samalla myös entistä tietoisempia uusista hoitomahdollisuuksista ja vaativat niitä palveluntuottajilta ja maksajilta. Julkista ja yksityistä tuotantoa vertailaan yhä useammin, mutta tuottajan omistuspohjalla terveydenhuollossa on periaatteessa yhä vähemmän merkitystä (Liukko 2002, 12).



Kuvio 2. Yksityiset terveydenhuollon ja sosiaalipalveluiden toimintayksiköt. (Lyyhytesittely, Suomen Kuntaliitto 2004, Piekkola).

7.1 Tutkimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluista

Ihmiset vaativat yhä parempia ja yksilöllisempiä palveluja, odottaen monipuolista tietoa palveluvaihtoehtoista ja ollen valmiita näkemään vaivaa parhaan vaihtoehdon löytämiseksi. Kovenevat vaatimukset koskevat myös julkista sektoria, koska kansalaiset haluavat, että tarjolla on useampia palveluntarjoajia ja sisällöltään erilaisia vaihtoehtoja.

Väitetään etteivät kunnat voi ostaa palveluita, koska markkinoilla ei ole riittävästi palveluita tarjoavia yrityksiä. Tilastojen mukaan palveluyritysten määrä on kasvanut ripeään tahtiin viime vuosina. Suomessa oli runsaat 160 000 palvelualan yritystä v. 2002. Vuodesta 1994 määrä on kasvanut lähes 30.000 yrityksellä (Iso-Aho & Tossavainen M-M 2003, 7).

Sosiaali- ja terveystalveluiden tarjonnassa ja kysynnässä ovat kuntien väliset erot merkittäviä. Esimerkiksi sosiaalihuollossa erityisryhmille kuten vammaisille, päihde- ja mielenterveysongelmallisille suunnattujen erityistalveluiden järjestäminen aiheuttaa suuria ongelmia kunnille. Sosiaalihuollon erityistalveluille on tyypillistä, että kysynnässä ilmenee suurta satunnaisvaihtelua vuosittain sekä niiden järjestäminen on kallista. Pienissä kunnissa ei voida juurikaan varautua tämän tyyppisten talveluiden järjestämiseen varsinkaan, jos tarvetta ei esiinny säännöllisesti. Kuntarakenne on Suomessa erityistalveluiden järjestämisen kannalta ongelmallinen. Yli 50 %:ssa Suomen n. 450 kunnasta on alle 5000 asukasta. Kunnalla, jossa on yli 10000 asukasta, on jonkinlaiset mahdollisuudet järjestää asukkailleen sosiaalihuollon erityistalveluita. Pienten kuntien on käytännössä mahdotonta pärjätä itsenäisesti, vasta 20.000 - 50.000 asukkaan väestöpohja antaa riittäviä mahdollisuuksia talveluiden kysynnän ennakointiin ja resurssien riittävyyden turvaamiseen (Laine 1999, 3 - 4).

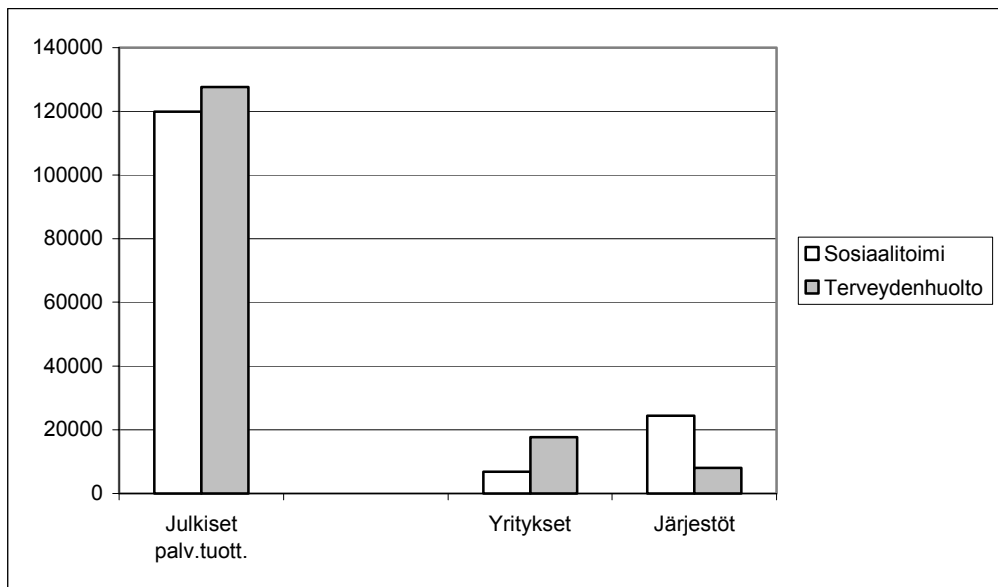
Kuntien erilaisuus asettaa kansalaiset erilaiseen asemaan. Kuntien kasvaneen roolin voidaan jo sanoa uhkaavan hyvinvointivaltioon kuulunutta ajatusta kansalaisten tasa-vertaisuudesta. Suomen kunnista jopa puolella on vakavia vaikeuksia hoitaa perustalveluja pienen kokonsa tai huonon taloudellisen tilanteen takia. Pienissä kunnissa ongelmia aiheuttaa jo satunnaisvaihtelu, jolloin terveysbudjettia saattavat heilautella kuntaan sattunut iso leikkaus tai operaatio. Pienten kuntien on myös vaikea toimia ostajina ja kilpailuttaa talvelujen tuottajia. Olisiko kunnilta vaadittava esimerkiksi hyvinvointipoliittiset ohjelmat, joiden avulla hyvinvointivaltion perustalvelujen saatavuus pyrittäisiin varmistamaan? (Kantola & Kautto 2002, 115 - 116).

Yksityisten sosiaalipalveluntuottajien suurin asiakas on kunnat. Kunnat ostivat sosiaalipalveluja yksityisiltä palveluntuottajilta 536,5 miljoonalla eurolla vuonna 2000, joka on 10 % kaikista kuntien sosiaalihuollon käyttökustannuksista. Vuodesta 1993 lähtien on vertailukelpoinen aikasarja ollut saatavissa, tuolloin ostopalvelut olivat 5 % käyttökustannuksista. Ostopalveluja ei saada eroteltua yrityksiltä ja järjestöiltä ostettuihin palveluihin. Taulukosta 8 nähdään, kuinka kuntien ostopalvelut yksityisiltä jakautuu vuonna 2000 euroissa eri palveluiden kesken (Kauppinen & Niskanen 2003, 49).

Taulukko 8. Kuntien ostopalvelut yksityisiltä palveluntuottajilta v. 2000 (€). (Kauppinen & Niskanen 2003, 49).

Lasten päiväkodit	59 492 274
Muu lasten päivähoido	5 337 780
Lasten ja nuorten laitoshoido	75 200 858
Muut lasten ja perheiden palvelut	45 619 966
Vanhusten laitospalvelut	59 551 308
Vammaisten laitospalvelut	16 905 578
Suojatyö ja kehitysvammatoiminta	15 321 920
Kotipalvelut	24 608 921
Muut vanhusten ja vammaisten palvelut	194 439 034
Päihdehuolto	31 736 053
Muu sosiaali- ja terveystoimi	8 261 559
Yhteensä	536 475 252

Siitä miten erilaiset palvelujen ostajat jakautuvat, ei ole mahdollista saada tarkkaa kuvaa säännöllisesti käytettävissä olevilla tiedoilla. Arvioidaan, että tosiasiallisesti kunnat rahoittavat yksityisiä sosiaalipalveluja enemmän kuin merkityillä 536,5 miljoonalla eurolla. Yksityisten sosiaalipalvelujen kokonaiskustannuksista



Kuvio 3. Eri palveluntuottajien henkilöstö vuonna 2000. (Lyhytesittely, Suomen Kuntaliitto 2004, Piekkola).

Taulukosta 9 näkyy sosiaalipalvelutoimialat, joissa yksityisen palvelutuotannon osuus on suurin v. 2000. Vuosina 1995 - 2000 ei tapahtunut muutoksia siinä, millä toimialoilla yksityisen toiminnan osuus on suurin. Yksityisen toiminnan osuus nousi kotipalveluissa, lastenpäivähoidossa, perhehoidossa, suojatyössä ja työhön kuntoutuksessa. Osuus laski muilla toimialoilla. Luokkaan muu sosiaalitoiminta kuuluu kansalaisjärjestötoiminnan lisäksi mm. A-klinikkatoiminta ja muut laitokset toimiala sisältää mm. ensi- ja turvakodit (Kauppinen & Niskanen 2003, 18 - 23).

Taulukko 9. Sosiaalipalvelutoimialat, joissa yksityisen palvelutuotannon osuus on suurin v. 2000. (Kauppinen & Niskanen 2003).

Yksityinen sektori yhteensä	Yritykset	Järjestöt
Muu sosiaalitoiminta	Palvelutalot ja –asunnot	Muu sosiaalitoiminta
Palvelutalot ja –asunnot	Perhehoito	Palvelutalot ja –asunnot
Päihdehuoltolaitokset	Muut laitokset	Päihdehuoltolaitokset
Muut laitokset	Lasten ja nuorten huoltol.	Muut laitokset
Lasten ja nuorten huoltolaitokset	Kotipalvelut	Lasten ja nuorten huoltolaitokset

Sosiaalipalveluyrityksistä valtaosa on toiminut alle viisi vuotta. Yritystoiminta on pääosin pienimuotoista. Vuonna 2000 yli 50 henkilöä työllistäviä yrityksiä oli vain muutamia. Toimialan yrityksistä 80 % työllisti yrittäjä mukaan luettuna alle 5 työntekijää. Yrityksiä toimi kuitenkin jo kaikilla sosiaalipalvelualoilla ja ainakin paikallistasolla niiden rooli oli merkittävä. Sosiaalipalveluyritysten rooli on tähän asti lähinnä ollut tasata julkisen palvelutuotannon ruuhkahuippuja ja täydentää julkista palveluntarjontaa, mutta Kauppa- ja teollisuusministeriön toimialapalvelut -yksikön arvion mukaan viimeaikainen kehitys on johtamassa siihen, että yritysten merkitys palvelujen tuottajana tulee kasvamaan kuntien keskittyessä palveluiden järjestämistä vastuunsa tehokkaaseen hoitamiseen. Yritysmäärän nopea kasvu sekä yritystoiminnan maantieteellisen markkina-alueen laajeneminen kuvaa sosiaalipalvelumarkkinoiden viime vuosien kehitystä. Kun markkinat ovat kehittyneet, ovat myös aikaisemmin muilla toimialoilla toimineet yritykset osoittaneet kiinnostusta laajentaa palvelutarjontaansa sosiaalipalvelujen alalle (Kauppinen & Niskanen 2003, 24 - 25).

Terveyspalveluissa on huomattavasti merkittävämpi rooli yrityksillä kuin sosiaalipalveluissa. Terveyspalveluja tuottavia yrityksiä oli 10 265 kappaletta vuonna 2000 ja näillä toimipaikkoja 10 973 kappaletta. Liikevaihdoltaan sekä yritys- ja henkilömäärällä mitattuna suurimpia toimialoja olivat lääkäripalvelut, fysioterapia ja hammashoito. Terveyspalvelutkin ovat toimialana pienyritysvaltainen. Vuonna 2000 toimipaikoista 98 % työllisti alle kymmenen työntekijää ja yli kymmenen työllistäviä toimipaikkoja oli vain 202 kappaletta. Kaikista Suomessa tuotetuista terveyspalveluista tuottivat vuonna 2000 yritykset 16 %. Tulevaisuudessa yritykset odottava niiden absoluuttisen ja suhteellisen osuuden markkinoista kasvavan ja niistä muodostuu nykyistä tasavertaisempi tuottaja markkinoille julkiseen sektoriin verrattuna. Julkisen sektorin oman tuotannon yhtiöittäminen ja hankinta- ja

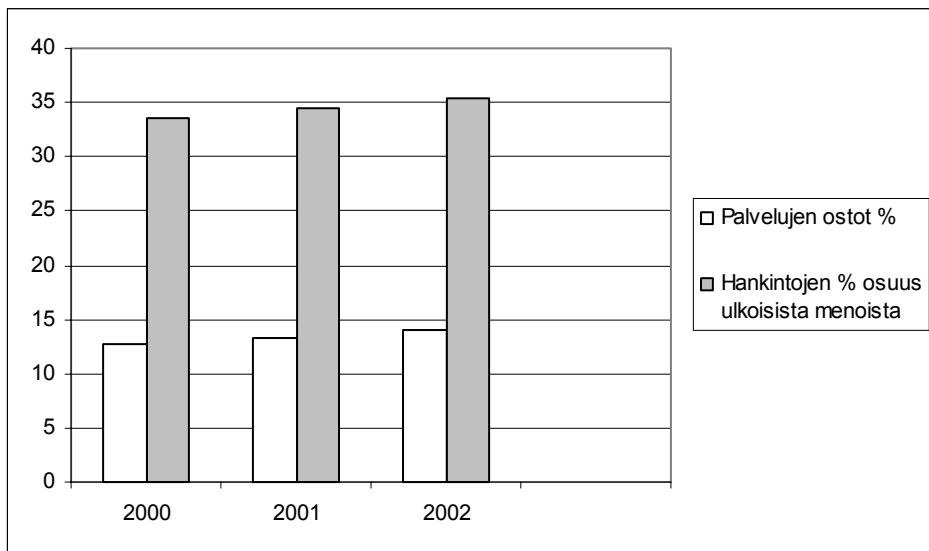
	Omat paikat/Ostopaikat	
Lasten päivähoito	18000	3200
Lastensuojelun laitoshoido	93	427
Vammaisten asumispalvelu	335	225
Vanhusten asumispalvelu	2100	132
Vanhusten tehostettu asumin.	299	794
Vanhusten laitospalvelu	1083	1375

Kaupungilla on neljä omaa vanhainkotia ja 10 yhteisöä palvelun tuottajina 19 toimipisteen kautta. Noin 1000 paikkaa on kaupungin omia 2400 kokonaispaikkaluvusta. Yllä olevassa ei ole erikseen saatu tietoa, onko palveluiden tuottaja yksityinen yritys vaiko kolmannen sektorin organisaatio. Terveysvirastolle on raportin mukaan vuosille 2002 - 2004 laadittu strategiasuunnitelma. Yrittäjämielisyys on suunnitelmassa kirjattu viraston yhdeksi tavoitteeksi. Yrittäjämielisyyden sisältöä kuvattaessa on Hoiva-alan yrityksillä merkittävä rooli Helsingin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluketjun sujuvuudessa. Raportin lyhyt arvion mukaan kaupungin eri virastojen otetta keskenään vertailtaessa terveysvirasto on ollut aktiivisempi ostopalveluiden kehittäjä ja kilpailuttaja kuin sosiaalivirasto. Raportissa kuitenkin todetaan, että sosiaali- ja terveyspalveluiden ostaminen edellyttää erilaista menettelyä ja osaamista, eikä näin ollen eri virastojen vertailusta keskenään pidä tehdä liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä ja lisäksi sosiaalitoimen eri sektoreilla on alettu kiinnittää entistä suurempaa huomiota palveluiden kilpailuttamiseen, mikä on johtamassa viraston yhteisiin ostopalveluiden kilpailuttamisohjeisiin (Suomen Yrittäjät 2003, 8 - 14).

Edellä mainitussa raportissa kerrotaan, että Espoon kaupunki on kirjannut sitovia tulostavoitteita oman palvelutuotannon ja ostopalveluiden välisestä suhteesta selvemmin kuin yksikään muu suuri kaupunki, mutta Espoossakaan ei ole erikseen kirjattu, mikä osa ostopalveluista kohdistuu yksityisten tuottajien palveluihin ja mikä kolmannen sektorin tuotantoon. Raportin mukaan Espoon strategiassa on suoraan määritelty sitovia, määrällisiä tulostavoitteita yksityisten ja julkisten palveluiden suhteesta. Esimerkiksi sitovana tulostavoitteena on, että päivähoitoa kehitetään yhdessä yksityisten palvelu-tuottajien kanssa niin, että noin puolet uusista lasten päivähoitopaikoista on yksityisiä. Tulostavoite edellyttää suoraan yhteistyötä kaupungin ja yksityisten tuottajien välillä (Suomen Yrittäjät 2003, 15 - 18).

Vantaan sosiaali- ja terveyshuolto Vantaalla esitteessä on Suomen Yrittäjien raportin mukaan mukana muun muassa kaupungin sosiaali- ja terveydenhuollon

tasapainotettu strategia, jossa mainitaan yhtenä taloudellisten resurssien kehittämisen kriittisenä menestystekijänä palvelujen oston hallinta. Vantaan vanhus-ten palvelustrategiassa 2002 viitataan vanhustenhuollon kehittämissuunnitelmaan 1999 – 2010, jossa vanhustenhuollon yhtenä vision osana ja siitä seuraavina strategiavalintoina on määritelty ”toimivat palvelut”. Nämä koostuvat kunnan tuottamista palveluista ja ostopalveluista. Raportin mukaan kaupunki tuottaa itse vanhustenhuollon kriittiset palvelut ja muita palveluja järjestetään kumppanuuksien avulla. Vantaa ostaa palveluita vain sellaisilta kumppaneilta, jotka hyväksyvät ja noudattavat Vantaan kaupungin arvoja ja toimintaperiaatteita (Suomen Yrittäjät 2003, 25 - 26).



Kuvio 4. Kuntien ja kuntayhtymien ulkoiset hankinnat v. 2000-02 (mrd.euroa). (Lyhytesittely, Suomen Kuntaliitto 2004, Piekkola).

Ilona Lundströmin (toim.) on tehnyt Suomen Kuntaliitolle selvityksen kuntapalveluiden järjestämisen vaihtoehtoista (Parasta palvelua 2003). Siihen liittyvä kysely hänen mukaansa osoittaa kuntien suuren erilaisuuden suhteessa palveluiden vaihtoehtoihin tuottamistapoihin ja sen, että odotetusti markkinoiden puuttuminen monilta palvelualoilta koetaan syyksi sille, että palveluja ei osteta kuntasektorin ulkopuolelta tai ostamista ei nähdä vaihtoehtona järjestää palveluja tulevaisuudessa. Kyselyn tulokset kuvastavat hänen mielestään nykyhetkeä silloinkin, kun kysytään palvelujen järjestämistä vuosikymmenen lopussa ja kovinkaan

suuria muutoksia kunnallisten palveluiden järjestämistavoissa ei uskota hänen mukaansa tapahtuvan (Lundström 2003, 50).

Kyselyssä selvitettiin myös, missä määrin ja millä toimialoilla kunnat ovat laske-neet oman tuotantonsa kustannuksia sellaisella tarkkuudella, että niitä voidaan verrata markkinoilla olevien palvelujen hinta- ja laatutasoon. Tuloksista selvisi, että kunnista 44,1 % kustannukset on laskettu tällä tarkkuudella ja että pisimmäl-lä kustannuslaskenta oli tukipalveluissa, teknisessä toimessa ja sosiaalitoimes-sa. Lähes puolet kunnista, 45 % tulosten mukaan ei ollut laskenut kustannuksia sillä tarkkuudella, että niitä pystyttäisiin vertaamaan markkinoilla olevien palvelu-jen hinta- ja laatutasoon.

Kuntia pyydettiin selvityksessä myös mainitsemaan kolme tärkeintä syytä sille, miksi asiakaspalveluita ei laajemmin osteta kunnan ulkopuolisilta tuottajilta ja vastauksista seuraavat neljä tärkeintä syytä erottuivat suosituimmuudessa sel-keästi muista vaihto-ehdoista (suluissa vastauksen maininneiden kuntien pro-senttiosuus koko vastaajajoukosta):

- alan yksityisiä, palveluita tuottavia yrityksiä ei ole (72,6 %)
- ostamisella ei koeta saavutettavan merkittäviä kustannussäästöjä kun-nan kokonaisuuden kannalta (38,9 %)
- ostamisella ei koeta saavutettavan parempia palveluita kuntalaisille (33,2 %)
- halu pitää kiinni omasta tuotannosta/henkilöstöstä (31,7 %)

(Lundström 2003, 53).

7.2 Tutkimuksia sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalve-luiden kilpailutuksesta

Tällä hetkellä käytettävissä olevien tietojen perusteella on kuntien sosiaali- ja terveyspalveluiden kilpailuttamisen laajuutta vaikea määritellä, sillä luotettavaa tilastointia ei niistä ole käytettävissä. Vuonna 2000 oli toiminnassa 2 664 yksi-tyistä sosiaalipalvelutuotantoyksikköä, sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskuk-sen STAKESin keräämien tietojen mukaan. Suurin osa niistä lukumääräisesti, 1 063, tuotti asumispalveluita, 541 oli päiväkoteja ja kolmanneksi eniten, 353, oli kotipalveluntuottajia. Vähintään puolet palveluistaan kunnille myi yksiköiltä kerät-tyjen tietojen mukaan 68 % niistä joko ostopalvelusopimusten perusteella tai maksusitoumuksilla. Yksiköistä 440 eli 19 % li täysin ilman ostopalvelusopimusta (Romppainen 2003, 102).

Suomen Kuntaliiton julkaisussa Kilpailuttamisen ABC 2001 myös Rusanen mainitsee, että Suomessa on tehty kilpailuttamisesta suhteellisen vähän tutkimusta. Hänen mukaansa tutkimusten tulokset antavat kokemuksista melko ristiriitaisen kuvan mainiten esimerkkinä Helsingin kaupungin neljää kilpailuttamistapausta koskevan tutkimuksen, joka osoitti jopa kustannusvaikutusten arvioinnin olevan paikoin ongelmallista. Hänen mukaansa myöskään kansainvälisesti kilpailuttamiskokemusten ei voida sanoa olevan yksiselitteisen hyviä tai huonoja. Rusanen kirjoittaa, että tanskalaisen konsulttiyrityksen PLS:n osaraportti arvioi Tukholman aktiivisen kilpailutuspolitiikan tuloksia ja hänen mukaansa tulokset vastaavat myös useita kotimaisia tutkimustuloksia:

Kilpailuttamisen hyvinä puolina nähtiin

- parantunut tehokkuus ja johtaminen
- parempi palvelun laatu
- oman tuotannon tehostuminen
- työllisyyden kasvattaminen tarjoamalla paikallisille yrityksille mahdollisuuksia.

Kilpailuttamisen huonoina puolina nähtiin

- henkilöstö ja käyttäjät ovat epävarmoja ja huolissaan palvelun saannista
- prosessi vie aikaa, joka kasvattaa transaktiokuluja
- sopimusten katsottiin sitovan toimintaa ja resursseja
- henkilöstö vaihtuu eri työnantajien välillä (kaupunki-yrittäjä)
- sopimusten seuranta ja yritysten laadun valvonta osoittautuivat monimutkaisemmaksi kuin oman tuotannon valvonta
- salassapitokysymykset ovat tuottaneet vaikeuksia
- informaation kulkuun henkilöstölle, käyttäjille ja muille osallisille sekä ennen hankintaa että sen jälkeen liittyneet käytännön ongelmat
- tilaajan kompetenssi ei ole aina ollut riittävää
- oman tuottajan tarjousta ei synny sellaisille aloille, joilla omaa toimintaa ei (enää) ole
- tarjousten vertailu on ollut vaikeaa
- tuottajan vaihtamiseen on liittynyt ongelmia

(Rusanen 2001, 49 - 50).

Suomen Kuntaliiton selvityksestä kuntapalvelujen järjestämisen vaihtoehtoista (Lundström 2003) käy ilmi, että kilpailuttamista koskevat menettelytapaohjeet ovat yleistyneet kunnissa, mutteivät kuitenkaan läpi linjan. Kyselystä käy myös ilmi, että ohjeistuksen yleisyys nousee voimakkaasti kuntakokoluokan kasvaessa niin, että suurimassa kuntakokoluokassa keskimäärin yhdeksällä kunnalla kymmenestä on menettelytapaohjeet kilpailuttamisen käytöstä. Selvityksen mukaan sosiaalitoimessa 52,3 %:lla kunnista ovat menettelyohjeet käytössä ja terveydenhuollossa 47,8 % (Lundström 2003, 54).

Taulukko 11. Kilpailuttamisen menettelytapaohjeet käytössä kunnissa sektoreittain ja asukaskokoluokittain.(Lundström 2003, 55).

Asukaskokoluokat	Sosiaalitoimessa	Terveydenhuollossa
alle 5 000 as.	47,0 %	41,9 %
5 000 – 10 000 as.	48,9 %	44,2 %
10 000 – 20 000 as.	54,5 %	50,0 %
20 000 – 40 000 as.	63,6 %	55,0 %
yli 40 000 as.	90,0 %	100,0 %
Yhteensä	52,3 %	47,8 %

Lundströmin toimittamassa tutkimuksessa kysyttiin kunnilta myös palvelujen oston ja kilpailuttamisen osaamista. Terveydenhuollossa 37 % vastanneista kunnista kertoi osaamisen olevan hyvää, 35 % osaamisen olevan neutraalia ja 28 % osaamisen olevan heikkoa. Vastaavasti sosiaalitoimessa kunnista 34 % kertoi osaamisen olevan hyvää 41 % osaamisen olevan neutraalia ja 24 % osaamisen olevan heikkoa. Tutkimuksen mukaan kuntien kokemukset palveluiden kilpailuttamisesta ovat kautta linjan erittäin hyviä, sillä vain 4 % vastaajista ilmoittaa kokemusten olleen kielteisiä kun vastaavasti 4 % vastaajista ilmoittaa, ettei sillä ole lainkaan kokemuksia palvelujen kilpailuttamisesta. Selvityksestä kävi ilmi myös, etteivät vastaukset eroa toisistaan kuntakoko-luokittain. Ainoastaan yli 40 000 asukkaan kunnat tekevät poikkeuksen positiiviseen suuntaan ja yli 40 000 asukkaan kunnista 100 % vastaa kilpailuttamisesta saatujen kokemusten olevan myönteisiä (Lundström 2003, 54 - 56).

Selvityksessä (Lundström 2003) kävi myös ilmi, että suurin osa kunnallisista terveydenhuoltopalveluista tuotetaan kuntayhtymissä tai muunlaisen seudullisen

yhteistyömallin puitteissa ja että noin 20 % kunnista ostaa lääkäripalveluita yleishyödyllisiltä yhteisöiltä tai yksityisiltä yrityksiltä, mutta lääkäripalvelujen oston yrityksiltä uskotaan merkittävästi lisääntyvän. Selvityksen mukaan kunnat järjestävät mm. lääkäripalvelut 38 % kunnan omana työnä ja 60 % kuntayhtymässä, laboratorio- ja röntgenpalvelut 28 % järjestetään kunnan omana työnä ja 62 % kuntayhtymässä, hammashuolto 7 % kunnan omana työnä ja 50 % kuntien yhteistyö sopimuksella ja erikoissairaanhoido 4 % kunnan omana työnä ja 88 % kuntayhtymässä. Vastausten mukaan 84 % kunnista ostaa terveystoimen palveluita vähemmän kuin 20 % yksityisiltä palvelujen tuottajilta ja vain 16 % ostaa yksityisiltä palveluja 20 - 50 % tarpeestaan, mutta palvelujen ostojen yksityisiltä uskotaan selvityksen mukaan kuitenkin selvästi lisääntyvän (Lundström 2003, 66 - 67).

Kyselystä selvisi myös, että merkittävin osa sosiaalipalveluista tuotetaan edelleen kunnan omana toimintana. Muun muassa 91 % kunnista on lasten perhepäivähoito järjestetty kunnan omana työnä, lasten päiväkotihoido 66 % kunnan omana työnä, vanhusten asumispalvelut 74 % kunnan omana työnä ja vammaisten asumispalvelut on järjestetty 54 % kunnan omana työnä. Edelleen selvityksestä ilmenee, että mm. vanhusten ja vammaisten asumispalveluilla on oma tuotannon ohella eniten muita tuotantotapoja, koska yli puolessa kunnista näille palveluille on myös oman tuotannon ulkopuolisia mahdollisia tuottajia, eli markkinat ovat siis jo olemassa, joten kaiken kaikkiaan yli kolmasosassa kunnista kaikkia sosiaalipalveluja olisi mahdollista hankkia myös oman organisaation ulkopuolelta. Tästä huolimatta Lundström mainitsee, että oman toiminnan tuotteistus ja hinnoittelu on melko harvinaista kaikilla sosiaalipalvelujen toimialoilla ja että vain pieni osa ostopalveluista kilpailutetaan. Hänen mukaansa tämä on ristiriidassa voimassa olevan kilpailulainsäädännön kanssa, joka edellyttää kaiken oman tai kuntayhtymän rakenteen ulkopuolella tuotetun palvelun kilpailuttamista. Kunnat ovat myös selvityksessä vastanneet tuottavansa itse palvelut vielä kilpailuttamisen jälkeenkin, jopa useammin kuin ovat kilpailuttaneet palveluja (Lundström 2003, 64 - 68).

Taulukko 12. Sosiaalipalveluiden ja terveyspalveluiden kilpailuttaminen.(Lundström 2003, 66 - 68).

Sosiaalipalvelut	Palvelu tai sen osia osia on kilpailutettu	Kunta tuottaa palvelun kilpailuttami sen jälkeekin
Lasten päiväkotihoito	7 %	10 %
Lasten perhepäivähoito	2 %	8 %
Lasten ja nuorten laitoshuolto	7 %	3 %
Vanhusten asumispalvelut	13 %	12 %
Vanhusten kotipalvelut	11 %	10 %
Vanhusten laitoshuolto	5 %	7 %
Vammaisten asumispalvelut	6 %	5 %
Vammaisten kotipalvelut	3 %	8 %
Vammaisten laitoshuolto	3 %	4 %
Vammaisten erityispalvelut	3 %	3 %
Terveyspalvelut		
Lääkäripalvelut	7 %	6 %
Päihdehuolto	3 %	4 %
Päivystystoiminta	5 %	7 %
Laboratorio- ja röntgenpalvelut	7 %	5 %
Työterveydenhuolto	4 %	3 %
Hammashuolto	3 %	5 %
Erikoissairaanhoito	5 %	5 %
Ympäristöterveydenhuolto	2 %	4 %

Tutkimuksessa Kuntien hankinnat Itä-Uudellamaalla (Lith 2001) selvitettiin kuntien hankintoja Itä-Uudellamaalla. Kuntakyselyjen mukaan Itä-Uudenmaan kunnilla on ollut toistaiseksi vain vähän keskinäistä yhteistyötä palveluhankintojen suhteen, mitä voidaan Lithin mukaansa pitää jonkinlaisena puutteena kuntien hankintatoimissa. Kyseisten kyselyjen mukaan yleisin hankintamenettely kaikkien palvelualojen osalta on ollut menettely, jossa tarjouspyynnöt toimitetaan suoraan muutamalle palvelutoimittajalle, menettelyn ollessa kuitenkin mahdollista vain kynnysarvon alittavissa palveluhankinnoissa. Seuraavaksi yleisimpiä hankintamenettelyjä on kyselyn mukaan ollut avoin menettely, jossa tarjoajien määrää ei

ole ennakolta rajattu ja rajoitettu menettely, jossa tarjouspyynnöt toimitetaan avoimien kyselyjen pohjalta valituille palveluntoimittajille. Selvityksen mukaan suoria hankintoja yhdeltä palveluntoimittajalta on esiintynyt teknisellä suunnittelualalla ja sosiaalipalvelussa, vaikka hankintalain mukaan kaikki kynnysarvon alittavat hankinnat olisi kilpailutettava. Suorat hankinnat ovat Lithin mukaan mahdollisia vain poikkeuksellisissa tapauksissa ja arvoltaan pienissä hankinnoissa, joissa hankintakustannukset nousevat suhteettoman suuriksi hankinnan kokoon nähden. Osasyynä hän mainitsee suorien hankintojen yleisyyteen pienissä hankinnoissa sekä kuntien hankintoja valmistelevan henkilöstön vähäisen määrän (Lith 2001, 9).

Keskeisenä ongelmana Lith siis näkee mm. Itä-Uudenmaan kunnissa hankintoja valmistelevan ja tekevän henkilöstön vähyyden. Esimerkkinä hän mainitsee, että palveluhankinnoissa suuria kilpailuttamista vaativia hankkeita on pienissä kunnissa harvoin, koska kunnasta ei välttämättä löydy vaadittavaa tilaajaosaamista. Hän mainitseekin, että seudullisen ja naapurikuntien välisen yhteistyön lisäämisellä hankintatoiminnassa voitaisiin saavuttaa monia etuja, mainiten vaihtoehtoisia toimintamalleja, kuten kuntayhtymään perustuvat ratkaisut, naapurikunnan kanssa sovittavat ostopalvelusopimukset hankkeiden kilpailuttamisesta ja suunnittelusta tai hankintoja valmistelevan ulkopuolisen asiantuntijatahon käytön. Kuntakyselyistä hänen mukaansa selvisi mm. myös, että kilpailuttamisen avoimuutta voidaan lisätä, jos kunnat ilmoittaisivat hankinnoistaan avoimesti esimerkiksi paikallislehdissä ja kuntien internetsivuilla. Hänen mukaansa avoimuuden lisäämiseksi kuntien kannattaisi käyttää esimerkiksi avoimiin ilmoituksiin perustuvaa kaksivaiheista rajoitettua menettelyä kynnysarvon alittavissa hankinnoissa, hankintayksiköiden samalla rajoittaessa lopulliseen tarjouskilpailuun osallistuvat tarjoajat vain hankintayksikön ennalta asettamia vaatimuksia täyttäviin toimittajiin. Myös kokonaistaloudellisuutta valintaperusteena hänen mukaansa voisi käyttää aiempaa yleisimmin, tämän edellyttäessä toimittajien laadullisia kilpailutekijöitä osoittavien pisteytysmallien kehittämistä (Lith 2001, 11 - 12).

Kunnat eivät kilpailuta hankintojaan tarpeeksi ja yhtenä syynä tähän on hankintalainsäädännön vaikeaselkoisuus. Alle 2 000 euron hankintoja pidetään kunnissa pääsääntöisesti niin vähäisinä, että niitä ei tarvitse kilpailuttaa. Hallinnolliset kustannukset, jotka näistä aiheutuvat, nousevat korkeammiksi kuin kilpailuttamisella saavutettava säästö. Vähäisiä hankintoja suuremmat, jotka ostetaan julkisyhteisön ulkopuolelta, on pääsääntöisesti aina kilpailutettava, mutta kilpailuttaminen on prosessina erittäin työläs. Virheellinen hankintamenettely voi tulla hyvin kalliiksi kunnalle ja raskaasta, byrokraattisesta ja aikaa vievästä kilpailuttamisesta saatava taloudellinen hyöty voi jäädä vähäiseksi. Edellä mainittua

taustaa vasten ei voi pitää ihmeenä sitä, ettei kunnissa ole ryhdytty kilpailuttamaan hankintoja kovinkaan laajasti. Pienet kunnat ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen kilpailuttamisessa erilaisessa asemassa kuin suuremmat kunnat. Kilpailuttaminen ei välttämättä synnytä uusia yrityksiä, vaan keskittää toimintaa jo olemassa oleviin yrityksiin, joka voi johtaa siihen, että pienet yritykset eivät menesty kilpailuttamisprosessissa yhtä hyvin kuin suuret. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kilpailuttaminen on laajempi ja monitahoisempi kysymys kuin esim. teknisten tukipalvelujen kilpailuttaminen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kilpailuttaminen edellyttää palveluketjujen ja vuorovaikutuksen tuntemusta sekä monipuolista punnintaa (Sutela 2003, 228 - 230).

8 PILOTTIPROJEKTI

8.1 Tausta

Pilottiprojektin tarkoituksena oli selvittää Hyve-ohjausryhmän valitsemien kuntien, Helsingin ja Keravan hyvinvointipalveluiden osto- ja kilpailuttamiskäytäntöjä sekä saada monistettavissa oleva toimintamalli selvitysten tekemiseksi jatkossa myös muissa kunnissa.

Väestön palveluntarpeen kasvaessa mm. ikääntymisen myötä eivät kuntien omat resurssit riitä kaikkeen tarvittavaan palveluntuottamiseen. Hyve-verkkopalvelu (Hyvinvointialan verkkopalvelu Uudellamaalla ja Itä-Uudellamaalla) on luotu linkiksi kuntien ja hyvinvointipalveluja tarjoavien yritysten välille. Kunnilla on hyvin erilaiset sosiaali- ja terveystalouden kehitysnäkymät ja näin ollen myös erilainen tarve ostaa palveluja Hyveen rekisterissä mukana olevilta palveluntuottajilta. Hyve-verkkopalvelu pyrkii mm. kuntien ja yritysten vuorovaikutuksen parantamiseen tarjoamalla verkkopalvelun kautta yrityksille tietoa kuntien ostopalvelu- ja kilpailuttamiskäytännöistä.

8.2 Toteutus

Projektissa lähdettiin liikkeelle tietojen keruumallin laatimisella. Työryhmän työstämää kyselylomakkeen mallia testattiin Keravalla haastatteleamalla hyvinvointipalvelujen ostoista vastaavia henkilöitä. Tiedonkeruupohjia tehtiin lopulta kaksi eri versiota. Toinen suunnattiin osto- ja kilpailuttamisasioita valmisteleville ja päättävälle viranhaltijoille ja toinen johdolle. Seuraavaksi selvitettiin osoiterekisteriä varten henkilöt, jotka Helsingissä ja Keravalla vastaavat eri hyvinvointipalveluiden ostojen valmisteluista, ostoista ja kilpailutuksesta. Kysely lähetettiin postikyselynä osoiterekisterin mukaisille henkilöille. Helsingissä lähetettiin 15 kyselyä ja Keravalla 3 kyselyä. Helsingissä kyselyyn vastasivat kaikki kyselyn saajat. Keravalla jäi puuttumaan yhden kysytyn palvelun tiedot, vastaajan vedotessa kasvavien työkiireiden aiheuttamaan aikapulaan. Saadut vastaukset käytiin läpi ja analysoitiin.

8.3 Tuloksia

Selvityksen tuloksista laadittiin yhteenvetona raportti Hyve-ohjausryhmälle. Selvityksessä saatiin Helsingiltä ja Keravalta pyydetyt tiedot selvitystyön aikana ja

vaikka kaupunkien toimintamallit ovat verrattain erilaiset, käytetty selvitysmalli kuitenkin toimi. Keskeisimpänä tuloksena kävi ilmi, että kuntien hankintatoiminta ja varsinkin siihen liittyvä kilpailuttaminen on vielä melko kehittymätöntä ja vasta kehityksen kohteena. Helsinki mm. on tähän asti organisoinut keskitettyjen hankintojen ja niihin liittyvien kilpailuttamisasioiden valmistelun usealle henkilölle palvelun luonteen mukaan ja hajasijoitettuja ostopäätöksiä ovat seitsemän suurpiiriä hoitaneet itse, toisaalta terveystoimi ja toisaalta sosiaalitoimi. Helsingin aikomuksessa on purkaa nykyiset seitsemän suurpiiriä, jolloin tilalle tulee toiminnallinen organisaatio, joka nykyistä paremmin pystyy keskitetysti valmistelemaan asioita ja tuottamaan palveluja. Helsingissä onkin syytä seurata sekä sitä, minäkalaiseksi tuleva organisaatio tulee muotoutumaan ja miten siinä tullaan organisoimaan ostopalvelujen hankintaa että sitä, mitä palveluja Helsinki ylipäänsä tulee ostamaan.

Keravalla on selvityksen mukaan toiminta keskitetympää ja kaupungissa vain muutama henkilö vastaa ostopalvelujen valmistelusta ja/tai niiden päätöksistä. Molemmissa kaupungeissa keskeiset hankintapäätökset tekevät luottamushenkilöelimet.

Selvityksen tuloksista kävi mm. ilmi, että jatkossa on myös mahdollista käyttää jonkin verran supistetumpaa tiedon keruun mallia, kun laajennetaan selvityksiä Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan muihin kuntiin. Tätä supistettua ja kohdennettua tiedonkeruun malliin päätettiin käyttää tässä opinnäytetyössä.

9 KYSELYN TOTEUTUS JA TULOKSET

9.1 Kohderyhmä ja menetelmä

Kyselylomake lähetettiin kaikkiin Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntiin sekä 2 kuntayhtymään lukuun ottamatta pilottikuntia Helsinkiä ja Keravaa. Kyselyyn vastaajiksi valittiin kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon johtavia ja päättäviä viranhaltioita, mm. perusturvajohtajia. Tällä pyrittiin tavoittamaan suoraan ne henkilöt, jotka parhaiten tietävät omassa kunnassaan hyvinvointipalveluiden osto- ja kilpailuttamiskäytännöt ja/tai tarvittaessa välittämään kyselyn kunnassa sellaiselle henkilölle, joka nämä tiedot pystyy antamaan.

Vastauksia palautui varsin hitaasti ja vastauspyyntöjä lähetettiin useita sekä postilla että sähköpostilla. Kuntia tavoiteltiin myös loppuvaiheessa puhelimella. Yhteydenotoissa kävi selkeästi ilme, että haluttomuus vastata kyselyyn johtui kuntien kasvaneesta työpaineesta sekä siitä, että kuntiin tulee lähes päivittäin erilaisia kyselyitä, joihin ei ehditä aikapulan vuoksi paneutumaan ja vastaamaan.

Kyselylomakkeita lähetettiin 35 kappaletta. Kyselylomakkeita palautettiin 22 kappaletta. Vastausprosentti oli 63 %.

Kyselyyn vastasi kaikkiaan 21 kuntaa ja yksi kuntayhtymä. Taulukossa 13 on kyselyyn vastanneet kunnat asukasluvun suuruuden mukaan jaoteltuna. Tiedot on poimittu kesäkuussa 2004 kuntien omilta internet sivuilta. Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymään kuuluvat kunnista Artjärvi, Myrskylä, Orimattila ja Pukkila.

Taulukko 13. Kyselyyn vastanneiden kuntien asukasluvut.(Kuntien internet kotisivut, kesäkuu 2004).

As. luku	alle 5.000	5-10.000	10-20.000	20-50.000	150-250.000
	Artjärvi	Inkoo	Sipoo	Hyvinkää	Espoo
	Karjalohja	Karkkila	Tammisaari	Kirkkonummi	Vantaa
	Liljendahl	Kauniainen		Nurmijärvi	
	Myrskylä	Pohja		Vihti	
	Pernaja	Siuntio			
	Pukkila				
	Ruotsinpyhtää				
	Sammatti				
Yhteensä	8 kpl	5 kpl	2 kpl	4 kpl	2 kpl

9.2 Palveluiden ostot

Kyselyssä pyydettiin vastaamaan kuinka paljon kunnassa on ostettu lomakkeella mainittua palvelua v. 2003 ja kuinka paljon mahdollisesti aiotaan ostaa v. 2004 riippumatta siitä, onko ko. palvelua kilpailutettua tai ostettu ilman kilpailua. Kyselylomakkeeseen vastanneista 22 kunnasta alle puolet vastasi tähän kysymykseen. Osa kunnista kuuluu terveydenhuollon osalta kuntayhtymiin.

Taulukossa 14 on yhteenveto siitä, kuinka moni vastanneista kunnista on ostanut tai ylipäänsä aikoo ostaa lomakkeella mainittuja palveluita, suluissa ensin vastanneiden kuntien määrä ja perässä palautuneiden vastausten kokonaismäärä. Yksityiskohtaiset euromääräiset tiedot löytyvät liitteenä olevista kuntakohtaisista vastauslomakkeista.

Sosiaalipalveluiden osalta vastanneista 8 kunnasta on alle 10.000 asukkaan kuntia 2 ja loput 6 ovat yli 10.000 asukkaan kuntia. Terveyspalveluiden osalta vastanneista 7 kunnasta ja 1 kuntayhtymästä on alle 10.000 asukkaan kuntia 2 ja loput yli 10.000 asukkaan kuntia/kuntayhtymä. Muiden hyvinvointipalveluiden osalta 9 kunnasta 3 on alle 10.000 asukkaan kuntia ja 6 yli 10.000 asukkaan kuntia.

Selvityksen perusteella näyttää siltä, että hyvinvointipalveluiden ostoihin vaikuttaa kunnan asukasluku. Vastausten perusteella alle 10.000 asukkaan kunnista, vain hyvin pieni osa ostaa hyvinvointipalveluja yksityisiltä. Pienten kuntien oma palvelutuotanto näyttää riittävän hyvinvointipalveluiden tarpeeseen. Kaikki kyselyyn vastanneet kunnat asukasluvusta riippumatta tulevat jonkin verran vähentämään hyvinvointipalveluiden ostoa tänä vuonna verrattuna edelliseen vuoteen.

Taulukko 14. Kyselyyn vastanneiden kuntien sosiaali-, terveys- ja muiden hyvinvointipalveluiden ostot v. 2003 - 04.

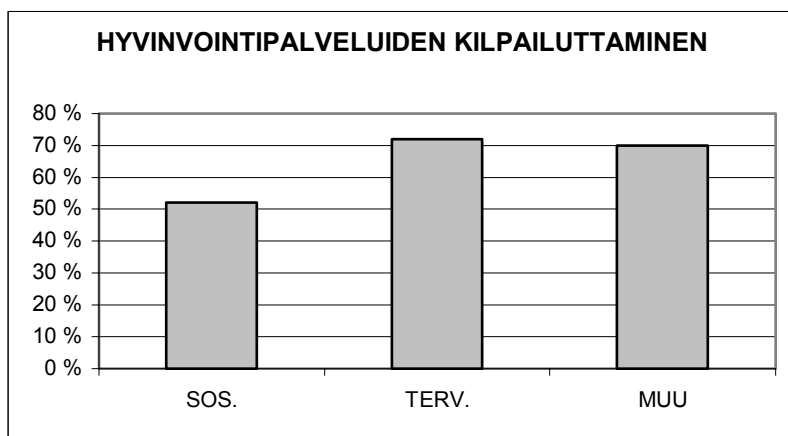
	Kysymyksen vastaus %	Osti v. 03	Ostaa v. 04
Sosiaalipalvelut:	36 % (8/22)	75 %	66 %
Terveyspalvelut:	36 % (8/22)	39 %	35 %
Muut hyvinvointipalvelut:	45 % (10/22)	42,5 %	37,5 %

9.3 Palveluiden kilpailuttaminen

Tuloksista käy ilmi, kuinka paljon kunnat ylipäänsä kilpailuttavat joitakin lomakkeella olevista sosiaali-, terveys- ja muista hyvinvointipalvelusta. Sosiaalipalveluita koskeviin kysymyksiin vastanneiden kuntien määrä oli 19, joista 10 ilmoitti

kilpailuttavansa vähintään yhden kysytyistä sosiaalipalveluista. Terveyspalveluita koskeviin kysymyksiin vastasi 18 kuntaa, joista 13 kuntaa ilmoitti kilpailuttavansa vähintään yhden kysytyistä terveyspalveluista. Muita hyvinvointipalveluja koskeviin kysymyksiin vastasi 20, joista 14 ilmoitti kilpailuttavansa vähintään yhden kysytyistä muista hyvinvointipalveluista. Suluissa ensin kyllä-vastanneiden kuntien määrä ja perässä on kaikkien palveluihin vastanneiden kuntien määrä.

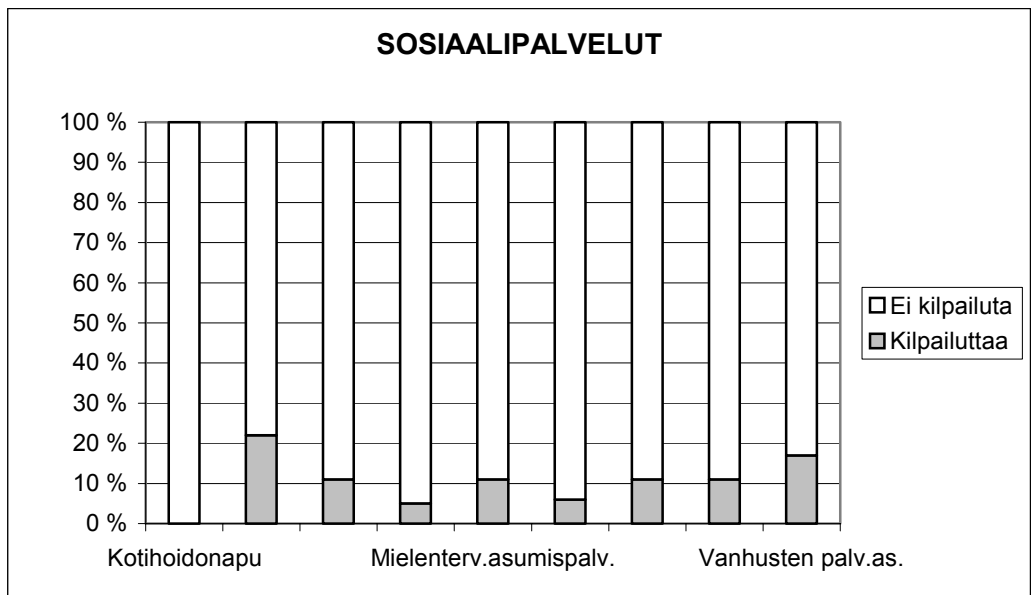
	Kilpailuttaako jotain palvelua
	Kyllä
Sosiaalipalvelut:	52 % (10/19)
Terveyspalvelut:	72 % (13/18)
Muut hyvinvointipalvelut:	70 % (14/20)



Kuvio 5. Kuntien hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen (%)

9.3.1 Sosiaalipalveluiden kilpailuttaminen

Kyselyssä kysyttiin, kilpailuttavatko kunnat lomakkeella mainittuja sosiaalipalveluja. Kuviossa 6 on tulokset palveluittain. Yksityiskohtaiset tiedot ovat liitteenä olevissa kuntakohtaisissa vastauslomakkeissa.



Kuvio 6. Sosiaalipalvelujen kilpailutus palveluittain.(%)

Kotihoidonapu-kohtaan vastasi 18 kuntaa. Vastanneista kunnista 17 ilmoitti, ettei kilpailuta palvelua lainkaan ja 1 kunta kertoi, että kotihoidonapua ostetaan ostopalveluna 2 yrittäjältä, mutta kyselyn tekohetkellä vallitsi sopimukseton tila.

Kotisiivouksen kilpailuttamiseen vastasi kaikkiaan 18 kuntaa, joista 14 ilmoitti, etteivät kilpailuta palvelua lainkaan. Neljä kuntaa ilmoitti kilpailuttavansa kotisiivousta. Näistä Pukkila ja Karjalohja kilpailuttavat sotainvalidien siivouspalvelut ja Liljendalin kunta kertoi yleisesti ottaneensa vastaan kolme tarjousta eri yrityksiltä, joista sosiaalilautakunta oli valinnut yhden. Vantaa ilmoitti myös kilpailuttavansa kotisiivousta ja seuraavan kerran tekee sen syksyllä 2004.

Lasten päivähoiton kilpailuttamiseen vastasi 18 kuntaa. Näistä kunnista 16 ei kilpailuta lainkaan lasten päivähoitoa. Kahdessa kunnassa kilpailutetaan palvelua. Nurmijärvi ilmoitti kilpailuttavansa 10 % lasten päivähoitosta ja Espoo kertoi keväällä 2004 alkaneen osa/päivähoitopalveluiden tyyppipäiväkotikilpailutuksesta.

Lastensuojelun laitospalvelut, ammatilliset perhekotipalvelut kilpailuttaa ai-noastaan Vantaa, joka kilpailuttaa palvelut seuraavan kerran syksyllä 2004.

Kaikki muut kyselyyn vastanneet 18 kuntaa ilmoittivat, etteivät kilpailuta lainkaan kyseisiä palveluita.

Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut ilmoittaa kilpailuttavansa vastanneista 18 kunnasta ainoastaan 2 kuntaa. Vantaa on kilpailuttanut palvelua keväällä 2004 ja Espoo ilmoittaa kilpailuttavansa ainoastaan psykiatriset asumispalvelut.

Päihde- ja huume kuntoutujien asumispalvelut kilpailuttaa ainoastaan 1 kunta 17 vastanneesta. Vantaa ilmoittaa kilpailuttavansa palvelua tämän (2004) vuoden aikana.

Vammaisten asumispalvelua kilpailuttaa kaksi kuntaa vastanneista 19 kunnasta. Vantaa ilmoittaa kilpailuttavansa autistien asumispalvelut ja Espoo ilmoittaa kilpailuttavansa palvelua, mutta osan kilpailutuksesta olevan vielä työn alla.

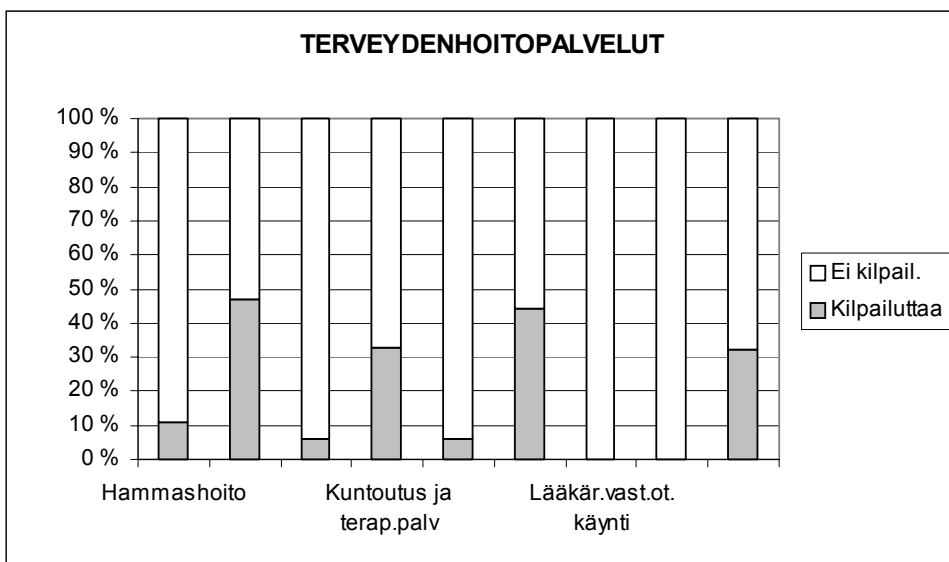
Vammaisten kuljetuspalvelu -kysymykseen vastasi 19 kuntaa, joista 17 ilmoitti, ettei kilpailuta palvelua, näistä kuitenkin Nurmijärvi kertoi vammaisten kuljetuspalvelun operoinnin olevan kilpailutuksen alla ja Hyvinkää ilmoitti, että mikäli siirrytään matkojen yhdistelyyn palveluja tullaan kilpailuttamaan. Artjärven kunta kilpailuttaa ko. palvelua ja kunnalla on vammaisten kuljetuspalvelussa 5 yrittäjän muodollinen kilpailu. Espoolla on vammaisten kuljetuspalvelun kilpailutus koko kaupungin hankkeena kuljetuspalvelukeskuksen kautta.

Vanhusten palveluasuminen ja vanhainkodit -kysymykseen vastasi kaikkiaan 18 kuntaa. Näistä 15 ilmoitti, ettei lainkaan kilpailuta palvelua. Kolmessa kunnassa palvelua vastausten mukaan kilpailutetaan. Vantaalla kilpailutetaan seuraavan kerran v. 2007 tai v. 2009 ja Espoo ilmoittaa kilpailutuksen olevan hoito- ja palvelukotipaikkojen osalta työn alla. Kolmas palvelua kilpailuttava kunta on Sipoo.

Kysymykseen, kilpailuttavatko mahdollisesti jotakin muuta palvelua, vastasivat kunnat seuraavasti. Kysymykseen vastasi 5 kuntaa, joista Vantaa ilmoitti kilpailuttavansa turvapalvelut. Hyvinkää kilpailuttaa tänä vuonna puitesopimukset ensi- ja turvakotien, yö-hoidon ja vammaisten asunnon muutostöiden osalta (lakimäär.). Siihen asti kilpailutus on urakkakohtaista. Kirkkonummi kilpailuttaa palvelutalon hoivapalvelut v. 2008 tai 2009. Vihti ilmoittaa kilpailuttavansa päihde- ja huumehoidon laitoshoidon, kehitysvammaisten asuinpalvelut sekä kehitysvammaisten laitoshoidon. Pukkila kilpailuttaa AA-perheklippapalvelun.

9.3.2 Terveyspalveluiden kilpailuttaminen

Kyselyssä kysyttiin kilpailuttavatko kunnat lomakkeella mainittuja terveydenhoitopalveluita. Kuviossa 7 on tulokset palveluittain. Yksityiskohtaiset tiedot löytyvät liitteenä olevista kuntakohtaisista vastauslomakkeista.



Kuvio 7. Terveystenhoitopalvelujen kilpailutus palveluittain. (%)

Hammashoidon kilpailutukseen vastasi 15 kuntaa ja 1 kuntayhtymä, ettei kilpailuta lainkaan palvelua. Kahdeksastatoista vastanneesta 2 kuntaa ilmoitti kilpailuttavansa palvelua. Kauniainen kilpailuttaa palvelun mahdollisesti jo tänä vuonna. Pohjan kunta kilpailuttaa oikomis- ja kirurgisenhoidon palvelut.

Keikkalääkärien "päivystysvuorot" ilmoitti kilpailuttavansa 8 kuntaa ja 1 kuntayhtymä 19 vastanneesta kunnasta. Palvelua Orimattilan seudun kansanterveysyön kuntayhtymä ilmoitti kilpailuttavansa tarvittaessa. Siuntio ja Sammatti kilpailuttavat nämä palvelut. Vihti kilpailuttaa palvelua seuraavan kerran v. 2007. Tammisaari ja Nurmijärvi ilmoitti kilpailuttavansa palvelua kesän 2004 aikana, samoin Espoo kilpailuttaa yöpäivystyksen terveyskeskuslääkärit. Vantaa kilpailuttaa terveyskeskuksen päivystysvuorot. Pohjan kunnassa hoidetaan kilpailutus Länsi-Uudenmaan tk-päivystyksenä.

Kotisairaanhoidon kilpailutukseen vastasi 15 kuntaa ja 1 kuntayhtymä. Vastanneista kunnista ainoastaan Espoo ilmoitti kilpailuttavansa kotisairaanhoidtoa. Espoo aikoo kilpailuttaa palvelua syksyllä 2004.

Kuntoutus ja terapiapalvelut aikoo vastanneista 18 kunnasta kilpailuttaa 5 kuntaa ja 1 kuntayhtymä. Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä kilpailuttaa vuosittain erityispalveluja. Vihti kilpailuttaa seuraavan kerran palvelua v. 2004 - 2005, Vantaa kilpailuttaa fysioterapiapalvelut v. 2004 ja toimintaterapiapalvelut v. 2005. Kauniainen kilpailuttaa nämä palvelut mahdollisesti v. 2005. Espoo kilpailuttaa lääkinnällistä kuntoutuspalvelua ja kilpailuttaa ne kesällä 2005. Hyvinkää kilpailuttaa palvelua seuraavan kerran v. 2006.

Leikkauspalveluja kilpailuttaa vastanneista 18 kunnasta ainoastaan Karkkila, ja tekee sen seuraavan kerran v. 2005.

Lääkkeet aikoo kilpailuttaa 7 kuntaa ja 1 kuntayhtymä. Muut 10 vastanneista kunnista ilmoitti, että ei aio lainkaan kilpailuttaa tätä palvelua. Nurmijärvi kilpailuttaa ilmoituksensa mukaan lääkkeitä vuosittain, Tammisaarella kilpailutuksen hoitaa aluesairaala, Inkoossa ja Vihdissä kilpailutus tapahtuu HUS:n kautta, kuten myös Espoo kilpailuttaa humaanilääkkeet yhteistyönä HUS-piirin kanssa. Orimattilan seudun kansanterveys-työn kuntayhtymä aikoo kilpailuttaa lääkkeitä v. 2004 aikana.

Lääkärin vastaanotolla käynnin kilpailuttamiseen vastasi 17 kuntaa ja 1 kuntayhtymä. Kaikki vastanneet ilmoittivat, etteivät aio kilpailuttaa lääkärin vastaanotolla käyntiä.

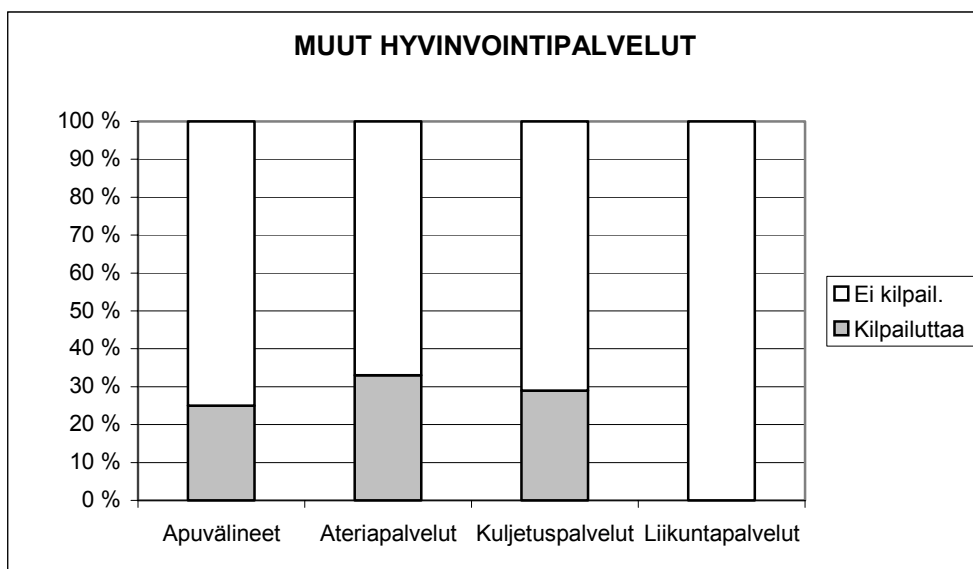
Sairaanhoidajan vastaanoton kilpailuttamiseen ilmoittivat kaikki 17 kuntaa ja 1 kuntayhtymä, etteivät aio kilpailuttaa tätä palvelua.

Sairaankuljetuspalveluiden kilpailuttamista koskevaan kysymykseen vastanneista 19 kunnasta 5 kuntaa ja 1 kuntayhtymä ilmoitti kilpailuttavansa tätä palvelua. Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä ilmoittaa kilpailuttavansa palvelua tarvittaessa. Tammisaari kilpailuttaa tätä palvelua ja sopimus on voimassa vielä useamman vuoden. Pohjan, Nurmijärven ja Vihdin kunnissa kilpailutetaan palvelua tämän vuoden (2004) aikana ja Sipoo kilpailuttaa palvelua seuraavan kerran mahdollisesti v. 2005.

Kysymykseen, kilpailuttavatko jotakin muuta mahdollista terveyspalvelua, vastasi ainoastaan 2 kuntaa, joista Espoo ilmoitti hoito- ja palvelukotipaikkojen kilpailutuksen olevan työn alla ja Kauniainen kilpailuttaa röntgenpalvelut seuraavan kerran v. 2005.

9.3.3 Muiden hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen

Kyselyssä kysyttiin, kilpailuttavatko kunnat lomakkeella mainittuja muita hyvinvointipalveluita. Kuviossa 8 on tulokset palveluittain. Yksityiskohtaiset tiedot löytyvät liitteenä olevista kuntakohtaisista vastauslomakkeista.



Kuvio 8. Muiden hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen palveluittain. (%)

Apuvälineiden kilpailuttamiseen vastasi 16 kuntaa. Näistä 12 ilmoitti, ettei kilpailuta lainkaan tätä palvelua ja 4 kuntaa ilmoitti kilpailuttavansa. Espoo ja Pohja kilpailuttavat tämän palvelun v. 2004 aikana, Kauniainen kilpailuttaa apuvälineet v. 2005 ja Sammatti kilpailuttaa myös, mutta ei ilmoittanut mahdollista seuraavaa kilpailuttamisvuotta.

Ateriapalveluiden kilpailuttamista kysyttäessä, vastasi 18 kunnasta 6 kilpailuttavansa ja 12, ettei kilpailuta lainkaan tätä palvelua. Sipoo, Inkoo ja Espoo ilmoittivat kilpailuttavansa palvelua v. 2004 aikana. Ruotsinpyhtää kilpailuttaa v. 2005, samoin Kirkkonummi v. 2005 tai 2006.

Kuljetuspalveluiden kilpailuttamiseen vastasi 17 kuntaa. Näistä 12 ilmoitti, ettei kilpailuta palvelua lainkaan ja 5 kuntaa ilmoitti kilpailuttavansa ko. palvelua. Espoo ja Siuntio kilpailuttavat kuljetuspalvelunsa. Hyvinkää kilpailuttaa ko. palvelut

seuraavan kerran v. 2006. Nurmijärvi kilpailuttaa kutsuohjattua joukkoliikennettä v. 2004 ja koulukuljetukset v. 2005 tai v. 2006. Vihdissä kuljetuspalvelut kilpailutetaan keskitetysti ruokahuollossa.

Liikuntapalvelu kysymykseen vastasi 12 kuntaa, ja kaikki ilmoittivat, etteivät kilpailuta tätä palvelua.

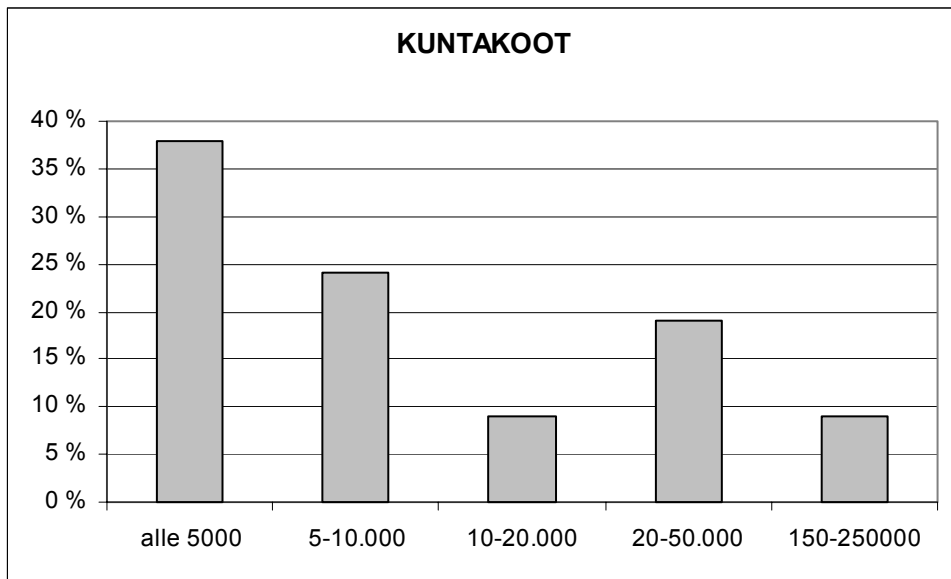
Kysymykseen, kilpailuttavatko mahdollisesti muita hyvinvointipalveluita, vastasi 2 kuntaa. Hyvinkää kilpailuttaa henkilöturvan, palveluliikenteen ja aterioiden kuljetuksen tämän vuoden (2004) aikana ja Vantaa ilmoitti kilpailuttamisen olevan käynnissä kauppakassi palvelussa.

9.4 Tuloksien yhteenvetoa

Tuloksia tarkasteltaessa on otettava huomioon vastausten vaihtelevuus. Kuntien antamat tiedot vaihtelevat todella suuresti. Muutama kunta on antanut hyvin tarkat tiedot kaikkiin kohtiin, jotkin kunnat vain esim. terveyspalveluista ja jotkin kunnat ovat maininneet vain, kilpailuttavatko ne palvelua vai eivät. Uskon, että useassa kunnassa esim. ostetaan joitakin palveluita, mutta ne eivät ole ilmoittamansa ajankäytön ja lisääntyneen työmäärän vuoksi ilmoittaneet vastauksissaan tietoja tarkemmin.

Kaikista kyselyyn vastanneista kunnista oli alle 10.000 asukkaan kuntia 13 kpl ja yli 10.000 asukkaan kuntia 8 kpl. Orimattilan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä on jätetty tämän laskennan ulkopuolelle. Asukasluvun mukaan tehdyn jaottelun perusteella näyttää selvityksen mukaa siltä, että kunnat, joilla on yli 10.000 asukasta, kilpailuttavat yksityisiä hyvinvointipalveluja enemmän kuin alle 10.000 asukkaan kunnat. Selvityksen mukaan kaikista vastanneista alle 10.000 asukkaan kunnasta kilpailutetaan palveluista noin 9 % kun vastaava luku yli 10.000 asukkaan kunnissa on 28 %.

Kuviossa 9 on vastanneiden kuntien prosenttiosuudet asukasluvun mukaan.

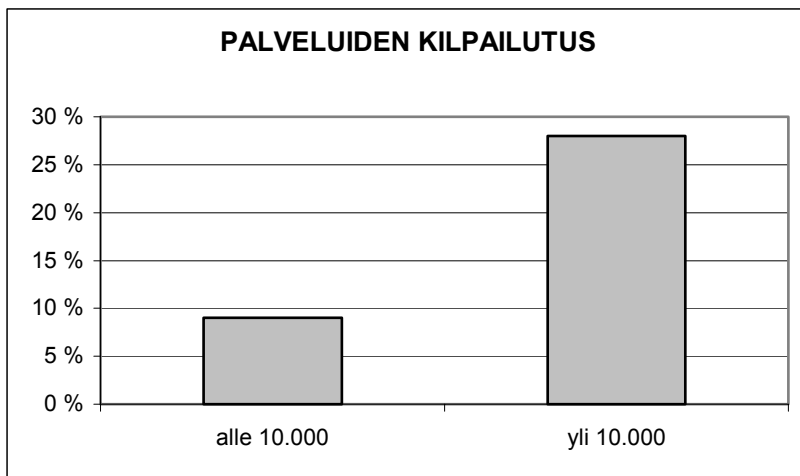


Kuvio 9. Vastanneiden kuntien kuntakoot. (%)

Selvityksestä käy selkeästi ilmi, että pienissä kunnissa, joiden asukasluku on alle 10.000, ei ole samanlaista tarvetta kilpailuttaa hyvinvointipalveluita kuin isommissa yli 10.000 asukkaan kunnissa. Koska kunnat ovat pystyneet hoitamaan kuntalaisten hyvinvointipalvelut kunnan omana tuotantona, ei kilpailuttamiseen ole kunnissa ollut suurta tarvetta. Suurten ja pienten kuntien erot näkyvät yksityiskohtaisemmassa tulosten tarkastelussa.

Alle 10.000 asukkaan kuntia vastanneista oli 13 kpl eli 62 %. Yli 10.000 asukkaan kuntia vastanneista oli 8 kpl eli 38 %.

Kun lasketaan kaikki kuntien ilmoittamat kilpailutettavien palveluiden lukumäärät, alle 10.000 asukkaan kunnista 9 % kilpailuttaa kysytyjä palveluita, kun taas luku yli 10.000 asukkaan kunnissa on 28 %.



Kuvio 10. Kaikkien palveluiden kilpailuttaminen asukaslukujen perusteella. (%).

10 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa selvitettiin Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntien hyvinvointipalveluiden ostopalvelukäytäntöjä. Tutkimus ongelmana oli saada selville, ostavatko kyselyssä mukana olevat kunnat hyvinvointipalveluita yksityisiltä palveluntuottajilta ja kilpailuttavatko kunnat näitä palveluita.

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, joka lähetettiin sosiaali- ja terveystalveluista vastaaville viranhaltijoille kaikkiin Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntiin, lukuun ottamatta v. 2003 pilottiprojektissa mukana olleita kuntia Helsinkiä ja Keravaa. Kyselylomake lähetettiin kuntiin postilla sekä sähköpostilla, joiden kautta myös vastaukset palautuivat. Selvityksen aikana jouduttiin vastaajiin ottamaan yhteyttä useasti, koska vastauksia palautui hyvin hitaasti. Lopuksi selvityksen aikana yhteydenottoja tehtiin myös henkilökohtaisesti puhelinkontaktilla paremman palautusprosentin aikaansaamiseksi. Muutaman kunnan kohdalla tiedot saatiin puhelinyhteyden aikana. Näissä tapauksissa myös tietojen määrä jäi hyvin vähäiseksi, mutta katsottiin, että vähäisempikin tieto on parempi kuin ei tietoa lainkaan. Syy tietojen niukkuuteen oli selkeästi se, että kunnat kokevat tällaisten kyselyjen määrän olevan kunnissa tänä päivänä niin runsasta, ettei niillä ole aikaa eikä resursseja vastata kyselyihin.

Projektin toteutuksen osana on myös käyty läpi kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluprosessin kehittymistä ja kilpailutusta julkisten hankintojen lain voimaan tulosta 1990-luvun alusta 2000-luvulle. Tämän lisäksi on käsitelty julkisen sektorin hankintatoimea sekä kilpailuttamiseen liittyvää lainsäädäntöä.

Tämä opinnäytetyö on jatkoa aiemmin mainitulle pilottiprojektille, joka tehtiin HYVE- verkkopalvelulle. Pilottiprojektissa kerättiin kevään ja kesän 2003 aikana kyselyn avulla tietoa Laurean valitsemien kuntien, Helsingin ja Keravan hyvinvointipalveluiden osto- ja kilpailuttamiskäytännöistä. Pilottiprojektista saatujen tietojen ja Laurean Hyve-ohjausryhmältä saatujen asiantuntijapalautteen pohjalta laadittua kyselylomaketta on käytetty tässä opinnäytetyössä. Lomaketta on tarkoitus myös käyttää jatkossa kuntakohtaisen tiedon jakamiseen Hyve-verkkopalvelun internet-sivuilla.

Tämän selvityksen tavoitteena oli saada kerättyä tietoa Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntien hyvinvointipalveluiden ostamisesta yksityissektorilta sekä palveluiden kilpailuttamisen tämän hetken tilanteesta.

Hyvinvointipalveluiden ostaminen näyttää selvityksen mukaan olevan asukasluvusta riippuvainen. Tähän näyttää olevan syynä pienempien kuntien vähäisempi

tarve ostaa hyvinvointipalveluita kuntalaisilleen. Samoin palveluntarjoajien vähyisyys on mahdollisesti osatekijä myös tähän. Vastausten taso vaihtelee kunnittain, mutta kuntien antamien tietojen perusteella näyttää siltä, että sosiaalipalveluja ostetaan kunnissa selkeästi enemmän kuin terveystipalveluita ja muita hyvinvointipalveluita. Kuntien antamien vastausten perusteella ostaa lomakkeella mainittuja sosiaalipalveluja 75 % vastanneista kunnista. Terveystipalveluja vastaavasti ostaa 39 % vastanneista ja muita hyvinvointipalveluja 42,5 % vastanneista kunnista. Vastausten perusteella näyttää myös siltä, että kuntien hyvinvointipalveluiden ostot ovat ensi vuodelle tätä vuotta jonkin verran pienemmät.

Selvityksen mukaan kaikista 22 vastauksesta 73 % (15 kuntaa ja 1 kuntayhtymä) kilpailuttaa kyselylomakkeella mainitusta 24 palvelusta alle 4 hyvinvointipalvelua. Vastaavasti vastanneista kunnista 27 % (6 kuntaa) ilmoittaa kilpailuttavansa yli 5 hyvinvointipalvelua. Palveluja kilpailuttavista kunnista 5 on yli 10.000 asukkaan kunta ja ainoastaan 1 on alle 10.000 asukkaan kunta.

Selvityksestä kävi ilmi, että kuntien hyvinvointipalveluiden kilpailuttaminen näyttää olevan myös riippuvainen kuntien asukasluvusta. Selkeästi 10.000 asukkaan raja näyttäisi olevan vastausten perusteella se raja, jonka asukasmäärän alittavat kunnat pystyvät tuottamaan hyvinvointipalveluita kunnan omana palveluntuotantona. Selvityksen aikana kävi myös ilmi, että vaikka kunnissa oltaisiinkin halukkaita ostamaan joitakin palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta, ei pienemmissä kunnissa ole näiden palvelun tuottajia tarjolla niin, että niitä pystyttäisiin kilpailuttamaan. Vastaavasti suuremmissa kunnissa on hyvinvointipalveluiden tarve isompi ja monimuotoisempi, myös yksityisten palvelun tarjoajien määrä on suurempi ja niiden saatavuus on parempi.

Vastausten perusteella näyttäisi siltä, että terveystipalveluita ja muita hyvinvointipalveluita kilpailutettaisiin kunnissa enemmän kuin sosiaalipalveluita. Selvityksen mukaan kuitenkin palveluita kilpailutetaan suhteellisen vähän. Kun tulkitaan vastanneiden kuntien ilmoittamat tiedot palveluittain, näyttää kuntien ilmoitusten perusteella siltä, että noin puolet sosiaalipalveluiden kilpailutuskysymyksiin vastanneista kunnista ei kilpailuta lainkaan lomakkeella mainittuja sosiaalipalveluja. Vastaavasti terveystipalveluja kilpailutetaan huomattavasti enemmän. Noin 70 % kysymyksiin vastanneista kunnista ilmoitti kilpailuttavansa ainakin 1 lomakkeella mainittua terveystipalvelua. Samoin noin 70 % vastanneista kilpailuttaa 1 tai useampaa lomakkeella mainittuja muita hyvinvointipalveluja. Huomioitavaa on, että kuntien vastaukset olivat hyvin eritasoisia. Toiset kunnista ilmoittivat tiedot hyvin yksityiskohtaisesti kun taas toiset kunnat hyvin niukasti. Tämä käy ilmi liitteenä olevista lomakkeista, jotka on täytetty kuntien antamilla tiedoilla.

Loppuyhteenvedon voidaan todeta, että hyvinvointipalveluiden ostaminen ja kilpailuttaminen yksityissektorilta ei ole Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kunnissa vielä kovinkaan yleistä. Tulosten perusteella käy myös ilmi, että hyvinvointipalveluiden ostaminen ja kilpailuttaminen yksityissektorilta keskittyy vielä tänä päivänä hyvin pitkältä ns. suurempiin kuntiin, joissa asukasluku on yli 10.000 asukasta.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, I., Kärkkäinen, H., Lehto, P., Petäjäniemi-Björklund, A. & Stenborg, M., 2001. Kilpailulait ja laki julkisista hankinnoista. 2. uudistettu painos. Tietosanomamat.

HE 74/2003 vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja vatiotonosuudesta annetun lain 4 §:n, sosiaalihuoltolain sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 §:n muuttamisesta. [PDF-dokumentti] <<http://www.finles.fi/linkit/hepdf/20030074>> (luettu 18.4.2004).

Kalima, K. 2001. Julkisyhteisöjen hankintatoimi. Tutkimus julkisyhteisöjen hankintatoimen oikeussäännöistä ja –käytännöstä. Helsinki: Suomalaiset oikeusjulkaisut.

Kantola, A. & Kautto, M. 2002. Hyvinvoinnin valinnat. Suomen malli 2000-luvulla. Helsinki: Edita. Sitran julkaisusarja.

Kauppinen, S. & Niskanen, T. 2003. Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes-raportteja 274.

Kivelä, S. 2002. Kuntien hankintatoimen organisointi ja seudulliset hankintarenkaat. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Kuntalogistiikan käsikirja. 2000. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Kuoppamäki, P. 2000. Kilpailuoikeuden perusteet. Helsinki: Werner Söderström Lakitieto oy – WSLT.

Laine J. 1999. Selvitys sosiaalihuollon erityispalveluiden tuotantomalleista ja sopimusmenettelyistä – esimerkkejä toimivista käytännöistä. STAKES.

Levo, J. & Korhonen, S. (toim.) 2003. Miten kilpailutan palveluja? Palvelujen kilpailuttamistyöryhmän raportti. Efektia Oy. Kuntaliiton painatuskeskus.

Lievonen, K-M. 1997. Kuntien hankinnat ja uudet palveluntuottajat. Turun yliopiston oikeustieteellisen tiedekunnan julkaisuja. Julkaisu-oikeuden julkaisusarja A:31. Turku.

Lith, P. 2001. Kuntien hankinnat Itä-Uudellamaalla. Helsingin kauppakamari. Itä-Uudenmaanliitto.

Lith, P. 1999. Kuntasektorin julkiset palveluhankinnat. Tutkimuksia ja raportteja 1/1999. Helsinki.

Lith, P. 2000. Markkinoiden toimivuus I: kuntien hankintamarkkinoiden toimivuus – palvelun tuottajan näkökulma. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 23/2000.

Liukko, M. (toim.) 2002. Perusterveydenhuollon uudistuvat toimintatavat. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Lundström, I. (toim.) 2003. Parasta palvelua. Selvitys kuntapalvelujen järjestämisen vaihtoehtoista. Suomen Kuntaliitto. Helsinki.

Melin, T. & Paunio, P. 2001. Markkinoiden toimivuus II: Lainsäädäntö, julkinen tuki ja verotus sosiaali- ja terveystalouden markkinoilla. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 19/2001.

Myllymäki, A. 2002. Kuntien kujanjuoksu. Vammala: Vammalan Kirjapaino.

Romppainen, E. 2003. Raha-automaattiyhdistys ja kilpailu. RAY:n avustustoiminnan raportteja 9. Helsinki: Pekan offset.

Rusanen, M. 2001. Kilpailuttamisen ABC. 3. uud. painos. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.

Sutela, M. 2001. Kuntalaisen roolin muutos asukkaasta asiakkaaksi – tarkastelukohteena sosiaalihuollon asiakaslähtöisyys. Oikeus 4/2001.[PDF-dokumentti] <http://www.joensuu.fi/oikeustieteet/henk/Sutela_final.pdf>(luettu 27.4.2004).

Sutela, M. 2003. Sosiaali- ja terveystalouden ulkoistaminen – oikeudelliset reunaehdot. Helsinki: Edita Prima.

Södergård, H. 2001. Markkinoiden toimivuus III: Kuntasektori palvelujen tilaajana. Nykytilanteen ääriviivat ja kehittämissuhteet. Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja 20/2001.

Södergård, H. 1998. Sosiaali- ja terveystalouden käännekohdassa. (Sitra 170). Taloustieto.

Yleiset hankintaohjeet. 1998. 2. tarkistettu painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

JULKAISEMATON MATERIAALI

Enomaa, K. & Penttinen, H. 2000. Helsingin kaupungin palvelutuotannon rakenne. LTT-Tutkimus Oy Helsinki.

HYVE -verkkopalveluesite 2004.

Iso-Aho, M. & Tossavainen, M-M. 2003. Yhteistyöllä hyvinvointia ja laadukkaita palveluja.Palvelutyönantajat.[PDF-dokumentti]
<[http://www.palvelutyönantajat.fi/kj.nsf/liitetiedostot/kilpailuttamisselvitys/\\$file/kojojulkaisu.pdf](http://www.palvelutyönantajat.fi/kj.nsf/liitetiedostot/kilpailuttamisselvitys/$file/kojojulkaisu.pdf)> (luettu 21.4.2004).

Karvonen-Kälkäjä, A. 2003. Julkiset hankinnat ja kilpailuttaminen järjestöjen kannalta. Vanhustyön Keskusliitto. <www.vanhustyönkeskusliitto.fi>.

Kuntien palvelutuotanto uudistettava hallitusti. 2003. Suomen Kuntaliitto Tiedotustilaisuus25.6.2003.Taustamuistio.
<<http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;65;347;4332;4544;43016;43063&file=FileAttachment&version=2>> (luettu 18.4.2004).

Lakiasioden kuntatiedote 1/1997. Suomen Kuntaliitto.

<wwwold.kuntaliitto.fi/laki/tiedote/lak0197.html> (luettu 14.4.2004).

Markkinat ja kilpailu kuntien tuotantotoiminnassa. 2001. Kilpailuvirasto. Selvityksiä1/2001.[PDF-dokumentti].
<<http://www.kilpailuvirasto.fi/tiedostot/markkinat-ja-kilpailu-kuntien-tuotantotoiminnassa.pdf>> (luettu 14.4.2004).

Piekkola, L. Suomen Kuntaliitto. Lyhtyesittely. Vastaanottaja Räsänen R. Lähetetty helmikuu 2004. Yksityinen sähköpostiviesti.

Suomen Yrittäjien selvitys. Julkisten palvelujen rakenne Suomen suurimmissa kaupungeissa. 2003. Suomen Yrittäjät. <www.yrittajat.fi>.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Tämä julkaisu on Leppävaaran Laurean Liiketalouden koulutusohjelman opiskelijan Riitta Räsäsen opinnäytetyönään tekemä tutkimus Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kuntien hyvinvointipalvelujen ostopalvelukäytännöistä. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, joka oli kohdistettu sosiaali- ja terveyspalveluista vastaaville viranhaltijoille kaikissa Uudenmaan ja Itä-Uudenmaan kunnissa lukuun ottamatta Keravaa ja Helsinkiä, joissa selvitys oli tehty aiemmin osana Laurean Hyve-verkkopalvelun kehittämistä. Selvitys sisältyy myös Riitta Räsäsen tutkimukseen. Tässä julkaisussa on käsitelty myös kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ostopalveluprosessin kehittymistä ja kilpailutusta julkisten hankintojen lain voimaan tulosta 1990-luvun alusta 2000-luvulle sekä julkisen sektorin hankintatoimea ja kilpailuttamiseen liittyvää lainsäädäntöä.

ISSN 1458-7238
ISBN 951-799-077-4



LAUREA

www.laurea.fi